

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIONES VASCULARES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La malformación vascular consiste, básicamente, en un conglomerado de vasos anormales (arterias y/o venas). Dependiendo de la localización de la malformación, los síntomas variarán. La embolización consiste esencialmente en tapar estos vasos anormales.

Se le pinchará un vaso, generalmente en la ingle, utilizando para ello anestesia local. A continuación se introducirá un tubo muy fino (catéter) por el que se inyectará contraste para ir viendo los vasos sanguíneos. Una vez que llegamos con el catéter al sitio deseado, procedemos a introducir diferentes sustancias o materiales que interrumpen la circulación de estos vasos. En algunos casos puede ser necesario alcanzar la lesión por punción directa de la misma con una aguja a través de la piel. La duración de la exploración puede ser prolongada. Se suele requerir algún tipo de anestesia que decide el anestesista.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Malestar, fiebre y dolor.
- Dolor en la zona de punción, inflamación, infección y de manera ocasional necrosis de la piel.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Sangrado o trombosis (coágulo) de la vena o del vaso sanguíneo puncionados.
- Trombosis no deseada de la zona de la malformación, con riesgo de amputación si esta asienta en un miembro.
- Obstrucción de vasos sanguíneos en lugares u órganos no deseados (embolia).
- Infección generalizada (sepsis).
- Progresión de la malformación con crecimiento y aumento de la sintomatología.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- Reacción alérgica al material embolizante utilizado en el procedimiento.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....
 CIP AUTONÓMICO.....
 Nº Htª CLÍNICA.....
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIONES VASCULARES”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: