

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESCLEROSIS PERCUTÁNEA DE MALFORMACIÓN VASCULAR**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

Una malformación vascular venosa o linfática es una enfermedad que se trata inicialmente mediante fleboesclerosis. Esta técnica consiste en la inyección de una sustancia esclerosante en el interior de la malformación para trombosarla y dejarla inactiva.

A veces se utilizan técnicas radiológicas de guía y contraste radiológico para que sea lo más precisa posible.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos encontrados, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

El tratamiento completo de estas lesiones suele precisar varias sesiones de esclerosis y controles intermedios.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia y/o sedación, más adecuado en su caso.

La finalidad de la técnica es la curación o al menos la mejoría de su lesión vascular.

### **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:

- Hematoma, hinchazón o dolor.
- Calor y cambio de color en la zona tratada.
- Sangrado durante la intervención o tras ella.
- Fístula al exterior del material de embolización.
- Necrosis de la piel.
- Lesiones de estructuras nerviosas sensitivas o motoras.
- Parálisis nerviosa permanente del área tratada.
- Falta de respuesta de la lesión a la esclerosis.
- Amputación de dedos o extremidades.
- Reacción alérgica o de intolerancia a la sustancia esclerosante utilizada en el procedimiento.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. 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.

### 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:

- Combinación de diversas modalidades terapéuticas (cirugía, embolización arterial, radioterapia, etc.), según cada caso.

### AUTORIZACIÓN PARA “ESCLEROSIS PERCUTÁNEA DE MALFORMACIÓN VASCULAR”

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	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 representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: