

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DIAGNÓSTICO Y/O EMBOLIZACIÓN DE LESIONES TUMORALES O VASCULARES DE CARA, CUELLO, CEREBRO O MÉDULA**

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

El diagnóstico de la lesión se realiza mediante punción directa percutánea (a través de la piel), o punción de un vaso sanguíneo (arterial o venoso) generalmente en la ingle, brazo o cuello. A continuación, se introduce un catéter (tubo) por donde se inyectará un líquido (medio de contraste) que nos va a permitir obtener imágenes de la localización, tamaño y forma de la lesión mediante radiografías o ecografía.

Una vez hecho el diagnóstico, en ocasiones, se realiza a continuación la embolización de lesiones tumorales o vasculares de cuello, cara, cerebro o médula se realiza habitualmente antes de la cirugía para disminuir el sangrado intraoperatorio. A veces también se utiliza como tratamiento paliativo.

Consiste en pinchar un vaso sanguíneo, generalmente de la ingle y a continuación se introducen en su interior unos tubos finos (catéteres) que llegarán hasta los vasos sanguíneos del cuello. A través de ellos, se introduce otro pequeño catéter que se hace avanzar hasta la lesión a tratar, procediendo a introducir a través del mismo distintos materiales hasta conseguir su cierre total o parcial. Los materiales de embolización más utilizados son las partículas de alcohol polivinílico (partículas de “plástico”), espirales de platino (coils), o agentes líquidos (solidificantes no adhesivos o pegamentos acrílicos). En algunos casos puede ser necesario combinar estos materiales con otros dispositivos como catéteres de balón que ocluyan transitoriamente el flujo arterial.

En algunas ocasiones, puede realizarse un abordaje percutáneo directo de la lesión a tratar y emplear partículas de alcohol polivinílico (partículas de “plástico”), espirales de platino (coils), agentes líquidos (solidificantes no adhesivos o pegamentos acrílicos) o líquidos para la esclerosis (alcohol y otros) o quimioterapia (bleomicina y otros).

Para controlar el desarrollo del procedimiento se emplea un contraste iodado y rayos X.

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

La finalidad es ocluir de forma provisional o definitiva las lesiones tumorales o vasculares del cuello, cara, cerebro o médula.

### **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:

Riesgos frecuentes:

- Molestias en el lugar de punción.
- Trombo (coágulo) en el vaso que se pincha o en el catéter.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Trombo o lesión en la arteria o vaso que se trabaja, como consecuencia se puede producir una lesión cerebral o medular transitoria o permanente. De forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.
- Rotura de la arteria, vena o de la lesión a tratar y sangrado como consecuencia de ello pudiendo provocar una hemorragia cerebral.
- Trombosis cerebral o medular, pérdida de visión.
- Infarto cerebral.
- Alteración en la presión arterial y del ritmo cardiaco.
- Emigración inmediata o diferida (tras el tratamiento) de las espirales a la luz vascular provocando una oclusión total o parcial del riego sanguíneo que podría provocar una trombosis cerebral.
- Reacción alérgica o complicaciones derivadas del uso de agentes embolizantes.
- 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. 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.

**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

- Enfermedad de Ehlers Danlos conocida.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía.

### AUTORIZACIÓN PARA “DIAGNÓSTICO Y/O EMBOLIZACIÓN DE LESIONES TUMORALES O VASCULARES DE CARA, CUELLO, CEREBRO O MÉDULA”

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./D.ª , 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:

---

### 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: