

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE EPISTAXIS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La epistaxis o sangrado por la nariz, cuando es muy importante y no puede contenerse mediante taponamiento, puede ser tratada mediante embolización vascular.

La intervención se realiza bajo anestesia (general o local con productos sedantes), efectuándose la intervención en una sala de angiografía vascular.

La embolización es un procedimiento que sirve para taponar los vasos sanguíneos que están afectados.

La técnica consiste en pinchar un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, por donde se introduce un tubo fino (catéter) para inyectar un medio de contraste, que permite ver los vasos sanguíneos que queremos estudiar mediante radiografías. Una vez localizado el sitio que debe taparse, se introduce a través de dicho tubo, una sustancia embolizante que interrumpe la circulación de la sangre para ocluirlo.

Los materiales de embolización más utilizados son las partículas de alcohol polivinílico, espirales de platino (coils), o agentes líquidos (solidificantes 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.

La finalidad es detener la hemorragia y la posible solución de sus causas.

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 que ceden con tratamiento médico.
- Sangrado o trombosis (coágulo) de la vena puncionada.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Obstrucción de vasos sanguíneos en lugares u órganos no deseados (embolia).
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- Reacción alérgica o complicaciones derivadas del uso de agentes embolizantes.
- Lesiones cerebrales que pueden ser transitorias o permanentes.
- De forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.

- 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

- Alergia al medio de contraste.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Ocluir los vasos de la zona mediante cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “EMBOLIZACIÓN DE EPISTAXIS”

Yo, D./D^a _____, 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^a _____, 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:

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: