

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIÓN VASCULAR CEREBRAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en ocluir de forma provisional o definitiva las malformaciones arteriovenosas cerebrales, para que la sangre no fluya más por ella.

Para ello se pincha un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, brazo o cuello. A continuación, se introduce en su interior un tubo fino (catéter) que llega hasta los vasos sanguíneos que aportan sangre al cerebro. A través de él, 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. Para controlar el desarrollo del procedimiento, se emplea contraste iodado y rayos X.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Se emplea habitualmente anestesia general.

La finalidad es ocluir de forma provisional o definitiva las malformaciones vasculares cerebrales para disminuir el riesgo de ruptura y facilitar posteriormente una posible cirugía.

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 punto de punción arterial.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Trombo (coágulo) en la arteria que se pincha o en el catéter.

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 transitoria o permanente. De forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.
- Rotura de la arteria, vena o de la lesión a tratar (malformación vascular) y sangrado como consecuencia de ello pudiendo provocar una hemorragia cerebral.
- Puede hacerse una dilatación en la zona de la arteria pinchada (pseudoaneurisma).
- Trombosis cerebral.
- Infarto 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 a los metales 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 (grupo de alteraciones genéticas raras que afectan a los seres humanos provocadas por un defecto en la síntesis de colágeno).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “EMBOIZACIÓN DE MALFORMACIÓN VASCULAR CEREBRAL”

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: