



Se le pinchará una vena en la ingle utilizando anestesia local. A continuación se introducirá un tubo (catéter) que llegará a la zona de la vena cava superior que está ocluida o estrecha. Se inyectará un líquido (medio de contraste) a través del tubo para valorar el drenaje venoso y el calibre de la cava superior y llevar a cabo la intervención.

Para resolver la obstrucción o estrechez de la vena cava se dilata la estrechez mediante un catéter-balón y se coloca una prótesis para que el vaso permanezca abierto.

Esta intervención durará aproximadamente entre 1 y 2 horas. Se utilizará sedación para evitarle molestias durante la intervención.

Para controlar sus resultados, y posibles complicaciones tendrá que permanecer ingresado en el hospital al menos 24 horas.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

### **ALTERNATIVAS**

En la actualidad, la alternativa sería la cirugía directa sobre los vasos mediante intervención quirúrgica o en ocasiones tratamiento con radioterapia.

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA.**

#### **Por la técnica que estamos realizando:**

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado en el lugar de punción (hematoma).
- En muy raras ocasiones, lesión en la pared el vaso que estamos tratando (trombosis, disección y/o rotura)

#### **Por el medio de contraste (contraste yodado):**

- Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (1 de cada 100.000 pacientes).

#### **Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento**

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

### **RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.**

.....

### **OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.



**servei**

SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE RADIOLOGÍA  
VASCULAR  
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º  
28009 MADRID, +34 689.038.751  
WWW.SERVEI.ORG  
SECRETARIA@SERVEI.ORG

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico que le pidió la prueba o al personal de Radiodiagnóstico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

**DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de STENT EN CAVA SUPERIOR y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION**

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña. \_\_\_\_\_ DNI

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.) \_\_\_\_\_ Firma

-----  
**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

D./Dña. (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ de (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha \_\_\_\_\_, para la realización de \_\_\_\_\_ y ( ) deseo/ ( ) no deseo proseguir el tratamiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo. Dr/a: \_\_\_\_\_