

Previa anestesia se punciona una arteria de la ingle o del brazo introduciendo en su interior un catéter con el que navegamos hasta la arteria enferma. Para ello nos guiamos por los rayos X y con contrastes radiológicos.

Una vez reconocido y estudiado el vaso enfermo utilizamos un segundo catéter que en su punta lleva un pequeño balón hinchable a una presión y calibre predeterminados (balón de angioplastia) y con este dispositivo ensancharemos la arteria enferma trabajando desde su interior.

En ocasiones es imprescindible además colocar un “stent”. Malla metálica extremadamente fina que se quedará en el interior de su organismo y que mantendrá abierta la arteria permanentemente. El stent suele ser casi siempre necesario en los casos de Arteriosclerosis y poco frecuente en los de Displasia Fibromuscular.

La duración de la exploración será, aproximadamente de 90 a 150 minutos. Se utilizará sedación o anestesia según las características del paciente.

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

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

El tratamiento médico es el de primera elección con fármacos hipotensores. No obstante si su médico le ha propuestos la angioplastia es porque los fármacos no son suficientes para controlar su enfermedad.

- En la actualidad la ATP con o sin stent es el tratamiento más eficaz y menos agresivo.
- La alternativa sería un by-pass quirúrgico que presenta menos eficacia y más riesgo.
- En ocasiones puede ser necesario extirpar el riñón.

La NO realización de tratamiento conlleva a deterioro progresivo de la función renal con insuficiencia Renal Crónica y Diálisis. Enfermedad Cardiovascular Hipertensiva: Infarto de Miocardio, Ictus.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica realizada:

- Tratamiento ineficaz (depende del estado previo del riñón y de la gravedad de la lesión que se intenta tratar).
- Crisis Hipertensiva (solucionable con fármacos pero que puede prolongar el ingreso).
- Insuficiencia renal aguda transitoria.
- Diseción o trombosis de la arteria ($\approx 1\%$)
- Pérdida del riñón ($\approx 1\%$)
- Hemorragia Interna ($\approx 1\%$)
- Hematoma en el punto de punción (ingle o brazo) ($\approx 2\%$)

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser similares a las que podrían ocurrirle al realizarse pruebas previas con TAC, urografía o resonancia:

Por la exposición a los rayos X:

Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

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.

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 embolización vascular 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.....



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

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (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: _____