



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

medicación. Se le introducirá un líquido (medio de contraste) a través del tubo que nos permitirá llevar a cabo esta intervención.

Se utilizará anestesia local con el fin de que no tenga molestias. La intervención puede durar aproximadamente entre 20 y 40 minutos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, no existe otra alternativa a esta intervención.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

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

Por la técnica que estamos realizando:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Infección local o generalizada que generalmente cede con antibióticos pero que, a veces, requiere la extracción del catéter.
- Lesión de algún nervio próximo a la punción que puede provocar parálisis (temporal o permanente) de la extremidad.
- Se puede pinchar la capa que rodea al pulmón (pleura), pudiendo entrar aire en ella. Esta complicación se denomina neumotórax. Si la cantidad es pequeña, se resuelve solo y no hay que hacer nada, pero si la cantidad fuera importante sería preciso colocarle un tubo para facilitar la salida del aire.
- Durante la intervención podría entrar aire a través de la vena y provocar un embolismo pulmonar.
- A pesar de una técnica cuidadosa se podría provocar una mala posición del catéter que podría obligar a su retirada.
- Es posible que pasado mucho tiempo, y como consecuencia del uso excesivo, se podría dañar el catéter debiendo proceder a su retirada. Asimismo, se podría provocar una rotura del catéter interno que podría migrar al corazón o al pulmón debiendo de extraerse.
- A pesar de todo, las complicaciones graves ocurren en 1 de cada 100 pacientes y la muerte es excepcional.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que todos los medios médicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

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 esclerosis percutánea 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: _____