

sangrado nunca la posibilidad de que lo haga se da en el 1-2% de los casos al año, con una mortalidad del 36%, quedando secuelas permanentes en el 18% de los pacientes que sobreviven. Si el aneurisma se ha roto y ha provocado una hemorragia subaracnoidea, la posibilidad de un segundo sangrado es del 3-4% de los casos en las primeras 24 h., del 30% en el primer mes y del 40% en los siguientes 6 meses, con una mortalidad por el resangrado del 70%.

La embolización de aneurismas cerebrales sirve para ocluir dichas dilataciones con el fin de evitar el sangrado de las mismas.

Se le pinchará un vaso sanguíneo (generalmente en la ingle) a continuación se le introducirá un tubo muy fino (catéter), por el que se le inyecta un líquido (medio de contraste), que permite ver los vasos sanguíneos en las radiografías. Una vez localizado el sitio exacto del aneurisma que debe ocluirse, se colocan allí una o varias espirales metálicas. Cuando se consigue la oclusión del aneurisma, se retira el catéter.

La intervención generalmente requiere anestesia general.

La duración de la intervención es, aproximadamente, de unas dos horas, aunque dicho tiempo puede variar ampliamente. Tras la intervención pasará a una Unidad de Cuidados Intensivos o a la habitación, dependiendo su situación clínica en ese momento.

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

ALTERNATIVAS

En la actualidad, existen otras alternativas mediante intervención quirúrgica o abstención de tratamiento.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica que estamos realizando:

- Oclusión de un vaso del cráneo, la ruptura del mismo o del aneurisma a tratar, o también la emigración o ruptura de las espirales embolizantes. Estas complicaciones pueden provocar un ictus con empeoramiento de la situación clínica como pérdida de fuerza, de sensibilidad u otras alteraciones neurológicas e incluso, en algunos casos, la muerte.
- Las tasas de complicaciones asociadas a la de la propia evolución de la enfermedad son del 4,8% en caso de déficit neurológico nuevo y 4% de mortalidad.
- Coágulo (trombo) o disección en el vaso que se pincha y sangrado por el sitio de la punción (hematoma).

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.
- Raramente graves como alteraciones de los riñones o sensación de ahogo.
- Excepcionalmente la muerte (1 de cada 1.000.000 pacientes).

Por la exposición a los rayos X:



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

- 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 todos los medios médicos y técnicos de este hospital están dispuestos para intentar solucionarlas.

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.

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 **EMBOIZACIÓN DE ANEURISMAS CEREBRALES** 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 INTERVENCON

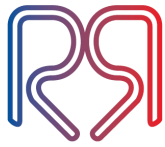
Firma de la paciente

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: _____