

anormales (arterias y/o venas). Dependiendo de la localización de la malformación, los síntomas variarán. La embolización consiste esencialmente en tapar estos vasos anormales.

Se le pinchará un vaso (generalmente en la ingle) utilizando para ello anestesia local. A continuación se introducirá un tubo muy fino (catéter) por el que se inyectará contraste para ir viendo los vasos sanguíneos. Una vez que llegamos con el catéter al sitio deseado procedemos a introducir diferentes sustancias o materiales que interrumpen la circulación de estos vasos. En algunos casos puede ser necesario alcanzar la lesión por punción directa de la misma con una aguja a través de la piel. La duración de la exploración será, aproximadamente, de 120 minutos.

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

ALTERNATIVAS

En la actualidad, en los hospitales donde no se hace embolización o cuando esta no es posible, la alternativa sería la intervención quirúrgica, ocluyendo los vasos que van hacia la zona

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica que estamos realizando:

- Progresión de la malformación con crecimiento y aumento de la sintomatología.
- En casos de punción a través de la piel puede producirse dolor local e inflamación / infección y ocasionalmente necrosis de la piel alrededor de la zona de punción.
- Como consecuencia de la intervención (embolización), se puede presentar malestar, fiebre y dolor que persisten entre 3 y 5 días y suelen ceder con tratamiento médico.
- Obstrucción de vasos en órganos no deseados, que puede conducir a complicaciones graves, fundamentalmente a nivel cerebral, e incluso la muerte.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Los derivados de la **sedación o anestesia**.
- La muerte puede producirse en 2 de cada 1000 pacientes.

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:

- 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.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico.

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 MALFORMACIONES VASCULARES** 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

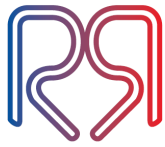
Firma de la paciente
médico

Firma del

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: _____
