



Todo esto se debe a la presencia de varices de las venas ováricas o de las venas pélvicas y la embolización consiste en tapar estas venas.

Se le pinchará una vena (en la ingle, el brazo o el cuello) utilizando anestesia local. A continuación se introduce un tubo muy fino (catéter) por el que se inyectará contraste para ir viendo las venas. Una vez que llegamos con el catéter al sitio deseado (vena ovárica y/o venas pélvicas) procedemos a introducir unas pequeñas espirales metálicas (coils) u otro material similar con las que iremos cerrando dichas venas.

La duración de la exploración será, aproximadamente, de 60-120 minutos.

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

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, en los hospitales donde no se hace embolización o cuando esta no es posible, la alternativa sería el tratamiento médico con fármacos analgésicos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica realizada:

Dolor peri intervención (riesgo frecuente)

Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.

Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).

Dolor en el sitio de punción por la irritación del catéter durante 3-4 días, que se soluciona con antiinflamatorios locales.

Malestar general, febrícula, dolor en pelvis, glúteos y piernas durante una semana, que se controla con medicación.

Se puede producir una inflamación (flebitis) o un coágulo (trombo) o disección en la vena que se pincha.

Excepcionalmente puede ocurrir que algunas de las espirales metálicas (coils) se desplacen y se alojen en un sitio no deseado.

Aquellos riesgos derivados de la sedación o anestesia.

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.

Excepcionalmente la muerte (1 de 100.000 pacientes)

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.



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

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 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):

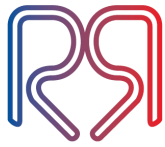
D./Dña.

DNI.....

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.).....

Firma.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO



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

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: _____