

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

gonadal) procedemos a introducir a través del catéter sustancias que ocluyen (embolizan) la vena gonadal enferma. Los agentes embolizantes son de diversos tipos, espirales metálicas (coils), tapones de nitinol, agentes líquidos y esclerosantes como el polidocanol las tetraciclinas o los cianoacrilatos. Todos ellos son efectivos y será su médico el que decida cuál es el más idóneo en su caso.

La duración de la exploración será, aproximadamente, de 90 minutos.

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

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, la alternativa sería realizar una intervención quirúrgica ligando la vena espermática.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

Por la técnica que estamos realizando:

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

Induración e hinchazón del testículo por inflamación de las venas tratadas (tromboflebitis), que se controla con medicación.

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

Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).

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

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 cada 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 todos los medios médicos de este hospital están dispuestos a intentar solucionarla.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

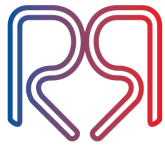
.....

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 embolización de varicocele 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. /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: _____