

obstruida. Se le inyectará un líquido (medio de contraste) que nos permitirá detectar con gran precisión donde está el trombo. A continuación se empezará a perfundir el fármaco fibrinolítico dentro del trombo. Este fármaco es un líquido que estará fluyendo dentro del trombo durante varias horas. Serán necesarios controles periódicos con arteriografía.

En ocasiones además del fármaco fibrinolítico emplearemos unas sondas especiales que fragmentan y aspiran el trombo.

Puede, según las circunstancias, ser necesario su ingreso y control en UVI durante este tratamiento.

Este procedimiento durará aproximadamente entre 12 - 48 horas.

Deberán realizarse controles angiográficos para ir valorando el resultado del tratamiento.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En la actualidad, la alternativa sería la cirugía directa sobre los vasos mediante intervención quirúrgica. La No realización de este procedimiento condiciona isquemia del miembro u órgano afecto con pérdida de su función.

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

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica realizada:

Riesgos poco frecuentes:

Sangrado por el sitio de la punción (hematoma, pseudoaneurisma).

Lesión en la pared del vaso (trombosis, disección y/o rotura)

Hemorragias en otras zonas del organismo causadas por los fármacos fibrinolíticos

Amputación menor o mayor de una extremidad.

Los riesgos específicos de los fármacos fibrinolíticos son:

Hemorragia interna (hemorragia digestiva, hematoma retroperitoneal...)

Hemorragia cerebral.

Estas complicaciones pueden ocasionalmente llegar a producir la muerte. Teniendo en cuenta la gravedad de estas posibles complicaciones el paciente es vigilado con análisis periódicos para un control exhaustivo de sus parámetros de coagulación y ante el menor síntoma de complicación interrumpir el proceso.

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.

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

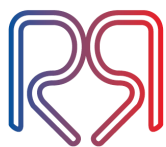
Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña. DNI.....

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



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: _____