



El procedimiento que se le va a realizar consiste en la inyección de pequeñas cantidades de trombina (sustancia que favorece la coagulación de la sangre) dentro del pseudoaneurisma mediante una aguja fina, guiada mediante ecografía, después de desinfectar la piel. La trombina produce la coagulación de la sangre dentro del mismo causando su trombosis y evitando que crezca y se rompa.

Puede ser necesario repetir la inyección de trombina si el pseudoaneurisma es muy grande o si no se consigue la trombosis completa del mismo.

Una vez conseguida la trombosis del pseudoaneurisma se retira la aguja y usted deberá estar en reposo en cama con la extremidad estirada durante 6 horas y debe evitar actividad física importante durante 48 horas.

### **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

Otro tipo de alternativas son la intervención quirúrgica, el tratamiento endovascular con prótesis en la arteria, el tratamiento endovascular con embolización o la compresión guiada por ecografía.

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

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.**

#### **Por la técnica que estamos utilizando:**

- En muy pocas ocasiones se puede producir embolización a arterias periféricas con la consiguiente falta de sangre y de oxígeno en la misma, necesitando tratamiento médico y a veces quirúrgico, que en casos extremos y excepcionales podría conllevar amputación.
- Reacción alérgica a la trombina.
- Infección

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.**

.....

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos.

### **DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de un tratamiento de pseudoaneurisma mediante inyección de trombina y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.



**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

**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<sup>a</sup>. (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: \_\_\_\_\_