

# Documento de consentimiento informado embolización de malformación vascular pulmonar

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

N. Historia Clínica \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le informa \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

La embolización pulmonar mediante catéter es una intervención que sirve para taponar los vasos sanguíneos pulmonares que están afectados por la malformación vascular del pulmón que usted padece. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

## EN QUÉ CONSISTE LA EMBOLIZACIÓN PULMONAR

Se le pinchará una vena, generalmente en la ingle, utilizando anestesia local. A continuación se introducirá un tubo (catéter) que, a través del corazón, llegará hasta las arterias pulmonares. Se inyectará un líquido (medio de contraste) a través del catéter para ver los vasos sanguíneos del pulmón en las radiografías. Una vez localizados los vasos sanguíneos pulmonares que están afectados por la enfermedad, se avanzará el catéter hasta los mismos y se introducirán distintos dispositivos (taponos vasculares, espirales metálicas, etc.), solos o combinados, para ocluir dichos vasos sanguíneos. Esta intervención durará, aproximadamente, entre 2 y 3 horas. Se utilizará sedación y analgesia para evitarle molestias durante la misma. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma, por los hallazgos encontrados, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

## RIESGOS DE LA EMBOLIZACIÓN PULMONAR

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

### Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

### Por la técnica que vamos a realizar:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Alteraciones cardíacas (arritmias).
- Como consecuencia de la intervención pueden aparecer fiebre, dolor torácico, derrame pleural, infarto pulmonar, infección del pulmón o generalizada (sepsis), que suelen responder a tratamiento médico.
- Lesión de los vasos sanguíneos que se están tratando (disección, rotura), lo que puede ocasionar complicaciones muy graves.
- Sangrado por la boca (hemoptisis) o en la pleura (hemotórax) que podrían requerir tratamientos adicionales.
- Migración del material de embolización, que podría requerir intervención urgente.
- Obstrucción de vasos sanguíneos en lugares u órganos no deseados, lo que puede conducir a complicaciones graves (infarto de miocardio, isquemia cerebral, etc.), e incluso la muerte.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, la alternativa sería el tratamiento mediante intervención quirúrgica en el pulmón.  
Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIÓN VASCULAR PULMONAR.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>MÉDICO INFORMANTE:</b>	<b>PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):</b>	<b>TESTIGO:</b>	<b>Nº</b>
_____	_____	_____	_____
<b>de Colegiado:</b>	<b>D.N.I.:</b>	<b>D.N.I.:</b>	
_____	_____	_____	
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>MÉDICO INFORMANTE:</b>	<b>PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):</b>	<b>TESTIGO:</b>	<b>Nº</b>
_____	_____	_____	_____
<b>de Colegiado:</b>	<b>D.N.I.:</b>	<b>D.N.I.:</b>	
_____	_____	_____	
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha \_\_\_\_\_, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>MÉDICO INFORMANTE:</b>	<b>PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):</b>	<b>TESTIGO:</b>	<b>Nº</b>
_____	_____	_____	_____
<b>de Colegiado:</b>	<b>D.N.I.:</b>	<b>D.N.I.:</b>	
_____	_____	_____	
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	