

# Documento de consentimiento informado embolización de malformación vascular arteriovenosa

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

N. Historia Clínica \_\_\_\_\_

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

## INFORMACIÓN GENERAL

La embolización vascular es una intervención cuyo objetivo es taponar los vasos sanguíneos (arterias y/o venas) anormales de la malformación vascular arteriovenosa que usted presenta y de esta forma mejorar los síntomas secundarios a la misma. Dada la complejidad de este tipo de lesiones es posible que sea necesario realizar más de una sesión de tratamiento para obtener un resultado positivo. 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 DE MALFORMACIÓN VASCULAR ARTERIOVENOSA

Se le pinchará un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, utilizando anestesia local. A continuación se introducirá un tubo (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste) que permitirá ver los vasos sanguíneos anómalos de la malformación vascular. Posteriormente se avanzará el catéter hasta los vasos sanguíneos afectados y se introducirán distintos materiales (líquidos, pegamentos, micropartículas, dispositivos metálicos, etc.), solos o combinados, para ocluir dichos vasos. 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 DE MALFORMACIÓN VASCULAR ARTERIOVENOSA

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).
- Pueden producirse síntomas tales como malestar, dolor local, inflamación en la zona de la malformación, fiebre, náuseas y vómitos, que pueden persistir varios días y que habitualmente ceden con tratamiento médico.
- Alteraciones en la piel de la zona tratada (úlceras, cicatrices, etc.), pudiéndose producir necrosis de la misma, que podría llegar a ser extensa y en algún caso requerir tratamiento quirúrgico.
- Lesión de nervios cercanos a la malformación, pudiéndose producir alteraciones motoras (parálisis) o sensitivas (parestias) en la zona correspondiente al nervio dañado, que podrían ser temporales o permanentes.
- Obstrucción de vasos sanguíneos en lugares no deseados (venas o arterias sanas).
- Paso de coágulos o del material de embolización hasta el pulmón (embolia pulmonar) lo que puede dar lugar a complicaciones graves.
- Atrapamiento del catéter en la malformación vascular, lo que obligaría a dejarlo de forma permanente dentro de la circulación sanguínea.

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

---

---

---

## QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, la alternativa sería el tratamiento mediante intervención quirúrgica.

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 ARTERIOVENOSA .

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 \_\_\_\_\_

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

## 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 \_\_\_\_\_

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

## 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 \_\_\_\_\_

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma: