

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

### **1. ¿Qué es?**

Es una técnica que se utiliza para el tratamiento de malformaciones vasculares venosas o linfáticas. Se practica a pacientes de cualquier edad aunque, siendo lesiones congénitas, tiene especial indicación en la edad pediátrica. El objetivo es obtener una curación completa de la malformación o una reducción sustancial de la misma que permita, después, un fácil abordaje quirúrgico.

Evita una intervención quirúrgica o la simplifica. Cabe tener en cuenta que, aunque se trate de lesiones benignas, sus límites son muy irregulares, están con frecuencia en contacto con estructuras vitales como grandes venas, arterias, etc., por lo que la cirugía es, muchas veces, agresiva, mutilante y no está exenta de riesgos. Por otra parte estas lesiones reaparecen, en algunos casos, haciendo la intervención quirúrgica, en esa zona, especialmente delicada.

### **2. ¿Cómo se realiza?**

El procedimiento se realiza bajo anestesia general. Una vez localizada la lesión por ecografía, se punciona con una aguja fina y se introduce contraste diluido para determinar sus características: tamaño, forma, comunicación con venas etc. Una vez conocidos estos detalles, se introduce el material esclerosante a través de la misma aguja. Se retira la aguja y se hace masaje de la zona. Este procedimiento se realiza en la misma sesión, tantas veces como se considere necesario hasta esclerosar toda la malformación. Posteriormente se practican controles evolutivos y, según la respuesta al tratamiento, se puede plantear una nueva sesión de esclerosis o bien cirugía, si fuera factible.

### **3. ¿Cuáles son sus riesgos?**

La esclerosis provoca, como efectos secundarios inmediatos, dolor, inflamación y fiebre. Por ello, después de la esclerosis, se da analgésicos y antitérmicos a demanda y antibióticos y antiinflamatorios durante 10 – 15 días. A corto y medio plazo se producen, con frecuencia, fistulizaciones del material esclerosante de tal forma que, a través del orificio que se hizo al puncionar, se expulsa, poco a poco, parte del producto introducido. Se trata mediante técnicas conservadoras dejando una pequeña cicatriz no deformante. Si tiene alergia al material esclerosante, hay riesgo de reacción alérgica.

Como riesgo poco frecuente, se puede producir la salida del material esclerosante, durante la actuación, a los tejidos de alrededor. Provoca una inflamación que cede a los pocos días debido a la fuga, a distancia, del material esclerosante a través de alguna vena de drenaje de la propia malformación. Habitualmente se desplaza a poca distancia y no requiere tratamiento.

### **4. Consecuencias previsibles de su realización**

Se han descrito en el primer apartado.

### **5. Consecuencias previsibles de su no realización**

Necesidad de solución por vía quirúrgica.

### **6. Alternativas**

Principalmente, la cirugía, aunque según la lesión y el caso. Otras alternativas pueden ser la embolización arterial y la radioterapia.

### **7. Riesgos en función de su situación**

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**ESPECIALITAT DIAGNÒSTIC PER IMATGE. ESCLEROSI PERCUTÀNIA /  
ESPECIALIDAD DIAGNÓSTICO POR IMAGEN. ESCLEROSIS PERCUTÁNEA**

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**PACIENT / PACIENTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELEFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		

**REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

**PROFESSIONAL / PROFESIONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.
- He comprés la informació rebuda. / He comprendido la información recibida.
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment.  
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.  
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / Paciente o representante, d Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.

Pacient o representant / Paciente o representante, d Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.

Pacient o representant / Paciente o representante, d Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.