

**BARIKOZELEAREN ENBOLIZAZIOA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLIZACIÓN DE VARICOCELE****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:  
..... Data: .....**B. INFORMAZIOA:**

Barikozele esaten zaio barrabilak inguratzen dituzten zainetan gerta daitekeen dilatazioari, eta enbolizazioa zain horiek ixtean datza.

Anestesia lokalez, zain bat (iztondoan, besoan edo lepoan) zizatuko dizugu. Jarraian, hodi fin-fina sartzen da (kateterra), eta kontrastea bertatik injektatuko da, zainak ikusteko. Kateterrarekin nahi dugun tokira heltzean (zain espermaticoa), espiral metaliko txiki batzuk (coils) sartuko dizkizugu, zain hori ixteko.

Miaketak, gutxi gorabehera, 90 minutu iraungo du.

**C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:**Erabiltzen dugun teknikagatik:

- Mina ziztada-tokian 3-4 egun, kateterra narritzeagatik; antiinflamatorio lokalekin konpontzen da.
- Indurazioa eta hantura barrabilean, tratatutako zainak handitzearen ondorioz (tronboflebitisa); medikazioarekin kontrolatzen da.
- Hantura (flebitisa) edo odolbatua (tronboa) gerta daiteke ziztatzen den zainean.
- Odol-ateratzea ziztada-tokian (hematoma).
- Ezohikoa da espiral metalikoetako batzuk (coils) lekualdatzea eta nahi ez den toki batean geratzea.

Kontraste-substantziagatik. Erreakzio alergikoak:

- Arinak; esaterako, goragalea, azkura edo larruzaleko lesioak.
- Oso-osu gutxitan izaten dira larriak; giltzurrun-alterazioak, adibidez.
- Ezohikoa da heriotza gertatzea: kasu bat 100.000 pazienteko.

X izpiekiko esposizioagatik:

Interbentzio hau egiteko, X izpiak erabiltzen dira; ondorio kaltegarriak eragin ditzakete organismoan, baina proba honen abantailak konpentsatu egiten dituzte eragin horiek. Eta, indarreko legeriaren arabera, beti erabiliko da interbentzioaren helburuak lortzeko behar den dosi txikiena.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

**D. ESAN IEZAGUZU:**

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

**E. ARRISKU PERTSONALAK:**

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikatuak eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

Gaur egun, beste aukera interbentzio kirurgikoa litzateke, zain espermaticoa lotzeko.

**A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....**B. INFORMACIÓN:**

El varicocele es una dilatación de las venas que rodean al testículo y la embolización consiste en cerrar éstas venas.

Se le pinchará una vena (en la ingle, el brazo o el cuello) utilizando anestesia local. A continuación, se introduce un tubo muy fino (catéter) por el que se inyectará contraste para ir viendo las venas. Una vez que llegamos con el catéter al sitio deseado (vena espermática), procedemos a introducir unas pequeñas espirales metálicas (coils) con las que iremos cerrando dicha vena.

La duración de la exploración será, aprox., de 90 min.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**Por la técnica que estamos realizando:

- Dolor en el sitio de punción por la irritación del catéter durante 3-4 días, que se soluciona con antiinflamatorios locales.
- Induración e hinchazón del testículo por inflamación de las venas tratadas (tromboflebitis), que se controla con medicación.
- Se puede producir una inflamación (flebitis) o un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Excepcionalmente, puede ocurrir que algunas de las espirales metálicas (coils) se desplacen y se alojen en un sitio no deseado.

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 cada 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; 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.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. AVÍSENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E. RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F. ALTERNATIVAS:**

En la actualidad, la alternativa sería realizar una intervención quirúrgica ligando la vena espermática.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad****Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal****Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha