

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ARTERIOGRAFÍA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Las enfermedades que afectan a las arterias pueden producir estrechamientos, obstrucciones o dilataciones de las mismas. Para poder tomar decisiones sobre posibles tratamientos es necesario saber exactamente cómo son las lesiones, donde están localizadas y valorar cómo están el resto de arterias.

La arteriografía es una técnica que sirve para ver las arterias. Actualmente es uno de los estudios más exactos que se pueden hacer para conocer el estado de la circulación sanguínea.

Se pincha un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, utilizando anestesia local. A continuación se introduce un tubo muy fino (catéter), por el que se inyecta un medio de contraste que permite ver las arterias en la radiografías.

Al finalizar la prueba hace falta comprimir fuertemente la zona pinchada y estar en reposo absoluto durante horas.

La finalidad del procedimiento es comprobar el estado de sus arterias.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Sangrado o coágulo en la arteria que se pincha por lesión o rotura (de forma excepcional).
- Hematoma en el lugar de punción.
- Pueden formarse trombos y hacer que deje de llegar sangre al brazo o la pierna (isquemia) o que se suelte un coágulo con obstrucción de un vaso a distancia (embolia).
- Lesión de nervios.
- Arritmia cardiaca (en el caso de una arteriografía pulmonar).
- Perforación cardiaca (en el caso de una arteriografía pulmonar).
- Lesión cerebral pasajera o permanente (muy rara).
- Pueden quedar “comunicadas” la arteria y la vena que está a su lado (fístula arterio-venosa).
- Dilatación en la zona de la arteria pinchada (pseudoaneurisma).
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

## RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

*Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.*

## CONTRAINDICACIONES

- Tratamiento con anticoagulantes orales.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Angio TAC, ecografía doppler o resonancia magnética. Aunque no nos aportan la misma información que la arteriografía.

## AUTORIZACIÓN PARA “ARTERIOGRAFÍA”

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

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

Firma del representante legal: