

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANGIOGRAFÍA CEREBRAL Y TEST DE WADA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La angiografía cerebral es una prueba radiológica que permite estudiar las arterias y venas del cerebro, cuello o cara para conocer el estado de la circulación sanguínea.

El test de Wada se realiza para la valoración del lenguaje y la memoria en aquellos pacientes en los que se sospeche y/o se quiera descartar la localización del área del lenguaje en una zona potencialmente dañable en cirugía cerebral (normalmente de epilepsia).

Para su realización se pincha un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, brazo o cuello, utilizando anestesia local. A continuación, se introduce un tubo fino (catéter) por donde se inyecta un líquido (medio de contraste) que nos va a permitir ver los vasos que queremos estudiar mediante radiografías.

Posteriormente se inyecta un fármaco que bloquea temporalmente los hemisferios cerebrales, primero uno y luego el otro, permitiendo así evaluar la capacidad de cada hemisferio de mantener la función de lenguaje y memoria. Durante este tiempo se le monitorizará y se le pedirá que realice las actividades que le han sido explicadas.

La finalidad de esta técnica es determinar la dominancia cerebral del lenguaje, evaluar la capacidad de memoria de cada hemisferio, determinar la lateralidad del foco epiléptico, así como predecir posibles alteraciones que puedan producirse en lenguaje y/o memoria como consecuencia de la cirugía.

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:

Riesgos frecuentes:

- Molestias en el lugar de punción.
- Trombo (coágulo) en el vaso que se pincha o en el catéter.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Trombo o lesión en la arteria que se trabaja, como consecuencia se puede producir una lesión cerebral transitoria o permanente. De forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.
- Reacción alérgica a los medicamentos o instrumental utilizados.
- 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. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. 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

Enfermedad de Ehlers Danlos (grupo de alteraciones genéticas raras que afectan a los seres humanos provocadas por un defecto en la síntesis de colágeno).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “ANGIOGRAFÍA CEREBRAL Y TEST DE WADA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
N.º Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD
Servicio de Radiología

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

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 _____

Fdo. Paciente: