

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANGIOPLASTIA Y STENT DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS (TSA)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Se trata de un procedimiento radiológico que consiste en dilatar las lesiones que se han formado en los vasos sanguíneos del cuello para corregir una estrechez de los mismos y mejorar así la circulación sanguínea.

Para su realización se pincha un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, utilizando anestesia local. A continuación, se introduce en su interior 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. Este catéter tiene un balón en su extremo para dilatar el estrechamiento. Suele ser necesario colocar después un tubo o prótesis (stent) en su interior para mantener abierto el vaso sanguíneo.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Se emplea anestesia local, pero en ocasiones puede ser necesaria la sedación o anestesia general.

La finalidad es mejorar la circulación sanguínea para evitar consecuencias irreversibles.

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:

- 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 el vaso que se trabaja, como consecuencia se puede producir una lesión cerebral transitoria o permanente. De forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.
- Rotura del vaso y sangrado como consecuencia, pudiendo provocar una hemorragia cerebral.
- Infarto de miocardio (de forma inmediata o diferida).
- Cefaleas intensas.
- Crisis convulsivas.
- Trombosis cerebral.
- Infarto cerebral.
- Puede hacerse una dilatación en la zona de la arteria pinchada (pseudoaneurisma).
- Alteraciones en el ritmo cardíaco incluida parada cardíaca y en la tensión arterial al dilatar la



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

arteria.

- Problemas relacionados con la colocación de prótesis o dispositivos como fugas, roturas, desplazamiento, estrechamiento, oclusión, etc.
- Imposibilidad de colocar el stent o de completar el procedimiento a través de este.
- 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).
- Estenosis aórtica severa.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “ ANGIOPLASTIA Y STENT DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS (TSA)”

Yo, D./Dª _____, 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.ª ,
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:

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: