

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CATETERISMO DE SENOS PETROSOS**

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

El cateterismo de senos venosos con toma de muestras en senos petrosos inferiores es una exploración que sirve para realizar tomas centrales de sangre basalmente y de forma seriada tras administración de un fármaco, para valorar los niveles y la evolución de producción de determinadas hormonas a nivel de la glándula hipofisaria situada en la base del cráneo.

Se pinchará un vaso sanguíneo (vena para el cateterismo de senos venosos, y arteria para la angiografía cerebral) generalmente en la ingle (femoral), en el brazo (basílica, radial o humeral), o en el cuello (yugular). A continuación, se introducirán unos tubos flexibles (catéteres) por donde se inyectará un líquido (medio de contraste) que nos va a permitir ver las venas donde drena la hipófisis localizadas en la base del cráneo (llamadas senos petrosos inferiores) para realizar una toma de muestra de sangre para estudiar los niveles de algunas hormonas (ACTH) que secreta la hipófisis.

El procedimiento es realizado con un equipo de angiografía (prueba radiológica digital mediante radiografías).

Se emplea anestesia local o general.

En caso de urgencia o por causas imprevistas podrán realizarse las actuaciones médicas necesarias.

La finalidad de la técnica es diagnosticar la enfermedad que le produce los síntomas.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

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

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a otros procedimientos y pueden afectar a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor de cabeza.
- Hipotensión (caída de la tensión arterial).
- Sangrado por el sitio de la punción.
- Hematoma en el lugar de la punción.
- Ruido a nivel de ambos oídos.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Trombo (coágulo en el vaso que se pincha).
- Trombosis venosa profunda (coágulo en el interior de una vena en la pierna).
- Tromboembolismo (desplazamiento de un trombo o coágulo) venoso o pulmonar, cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Embolia (coágulo con obstrucción de un vaso a distancia).
- Lesión cerebral transitoria o permanente.

- Infarto cerebral.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Hemorragia pontina.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- De forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.
- 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

- Alergia al medio de contraste.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

### AUTORIZACIÓN PARA “CATETERISMO DE SENOS PETROSOS”

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



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

**ÁREA DE SALUD**

*Servicio de Radiología*

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: