

# Consentimiento informado

## Angiografía cerebral

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

#### Para qué sirve el procedimiento

La angiografía cerebral es un procedimiento invasivo y por lo tanto tiene riesgos; pero ha sido solicitado por su médico tratante por ser necesario. Se realiza con fines diagnósticos y para tratar patologías vasculares cerebrales.

#### Cómo se realiza

Previa anestesia local, el médico puncionará una arteria en la ingle, axila, brazo o eventualmente el cuello, con una aguja delgada, para introducir un fino catéter en su cuerpo. De ser necesario se hará con anestesia general. Después, sin dolor, el catéter se llevará a través de los vasos sanguíneos del cuello, bajo control de visión radiológica, hasta arterias que llevan sangre al cerebro.

En este lugar se inyectará un medio de contraste y simultáneamente se tomarán radiografías del cerebro. Durante la inyección del contraste usted puede sentir dolor o calor pasajero en la región y a veces en todo el cuerpo. Ocasionalmente puede ver luminosidades en la vista.

Al finalizar se retirará el catéter y se comprimirá el sitio de punción hasta que no existe sangramiento. Después se aplicará un vendaje compresivo y permanecerá hospitalizado a lo menos por 24 horas.

#### ¿Cuáles pueden ser las complicaciones del examen?

Ningún procedimiento médico está libre de complicaciones. Pueden ocurrir problemas en aprox. el 2% de las angiografías cerebrales a pesar de tomar todas las precauciones para que esto no suceda.

Éstas pueden ser:

- Dolor y pequeño hematoma en el sitio de punción, que habitualmente no requiere ningún tratamiento.
- Rara vez se producen trombosis, sangramientos o lesiones de la arteria en el sitio de punción que puede requerir de tratamiento médico y eventual cirugía. A veces las complicaciones vasculares pueden ser permanentes.
- A veces se produce alergia al medio de contraste con enrojecimiento de la piel, picazón y vómitos los que mejoran solos o con ayuda de medicamentos antialérgicos.
- En casos excepcionales, una reacción alérgica puede provocar problemas severos, y a veces shock y muerte del paciente. El medio de contraste, en situaciones poco frecuentes, puede provocar daño en los riñones.
- Muy raras veces se produce complicaciones neurológicas por trombosis o sangramientos, que pueden provocar alteraciones de conciencia, pérdidas de fuerza o sensibilidad en las extremidades o problemas de la visión o del habla. Pueden ser transitorias o definitivas.
- En casos muy raros (0.1 a 0.2%) la severidad del cuadro puede llevar a la muerte del paciente.

#### Procedimientos alternativos:

Existen como procedimientos alternativos la angioresonancia (no invasivo) y la Angiotac (semi invasivo) que podrían llegar con cierta certeza a determinar si existe o no alguna alteración vascular cerebral. Sin embargo, a la luz de la experiencia actual, no reemplazan a la angiografía convencional y de haber sospecha, el cirujano o radiólogo intervencional requerirán de la angiografía para programar procedimiento terapéutico.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, alternativas de tratamiento, riesgos de someterme a esta cirugía, procedimientos a ser utilizados, riesgos que éstos acarrearán, y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. Finalmente, entiendo que se harán todos los esfuerzos para el éxito de mi cirugía, sin complicaciones, pero no me pueden dar una garantía absoluta, la que no existe en ningún acto quirúrgico o anestésico.

### Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

### Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

### Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: