



Consentimiento Informado
Para Una Angiografía Cerebral

Consentimiento Informado Para Una Angiografía Cerebral

Consentimiento Informado – Radiología Intervencional

Consentimiento Informado Para Una Angiografía Cerebral

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente, en mi situación actual, proceder a realizarme una
ANGIOGRAFÍA CEREBRAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El estudio de Angiografía Cerebral Digital Diagnóstica es un método invasivo que se realiza en una sala de hemodinámica, bajo emisión de rayos "X" y control fluoroscópico (radiación continua controlada). Para realizar el estudio es importante la aplicación de medio de contraste intra arterial.

Generalmente el estudio se realiza con el paciente despierto, bajo anestesia local, salvo casos particulares en que se necesita anestesia general. Se realiza una punción arterial femoral y se coloca un introductor arterial que sirve como vía de entrada al sistema arterial.

A través de un catéter y una guía las que se localizan en las arterias del arco aortico se inyecta en forma selectiva medio de contraste de tal forma de estudiar los territorios irrigados por estas arterias:

- Arteria vertebral derecha
- Arteria carótida interna derecha
- Arteria carótida interna izquierda
- Arteria vertebral izquierda

En algunos casos, y dependiendo del padecimiento que motivó el estudio, es importante realizar la canalización y exploración de las arterias que van a la cara y algunas arterias cervicales que irrigan estructuras en el cuello.

Es muy importante entender que el estudio se realiza solo con fines diagnósticos y no terapéuticos. Con esto se hace referencia a que de ninguna manera se modificara la evolución del padecimiento que motivó el estudio. Solo una vez terminado el estudio de Angiografía Cerebral Digital Diagnóstica, y en caso que se demuestre la patología que motivó su realización, se podrá realizar un plan terapéutico que puede ser médico, quirúrgico o endovascular.

Objetivo y beneficio de la Angiografía Cerebral Digital Diagnóstica. Estudiar de manera objetiva patologías cervicales, faciales o cerebrales de tipo tumoral o vascular, para conocer de manera detallada su composición, y de esta manera poder tomar una decisión terapéutica adecuada. El estudio de Angiografía Cerebral Digital Diagnóstica es un procedimiento invasivo (manipulación interna del sistema arterial del paciente), y como todo estudio invasivo no esta exento de riesgos o complicaciones. Los riesgos y complicaciones del procedimiento se dividen en complicaciones neurológicas (afección cerebral) y complicaciones no neurológicas (afección sistémica), y estas se pueden presentar durante el procedimiento diagnóstico, o hasta 48 horas después de realizado el procedimiento.

Complicaciones neurológicas. Las complicaciones neurológicas se pueden presentar en menos de 0.5 % de los pacientes en los que se realiza este estudio, de estas complicaciones la gran mayoría son transitorias y remiten con el tiempo, y solo un 0.3% son permanentes y no mejoran con el tiempo. Este porcentaje puede variar de acuerdo a la patología del paciente.

Entre los riesgos y complicaciones neurológicas se encuentran las siguientes:

- Isquemia cerebral transitoria
- Infarto cerebral
- Crisis convulsivas
- Migración de material diagnóstico o aire a las arterias cerebrales

Complicaciones no neurológicas (sistémicas). Las complicaciones no neurológicas se pueden presentar de manera general en el 0.6 % de los pacientes en los que se realiza este estudio, de estas complicaciones la gran mayoría no son serias y pueden ser corregidas, y solo 0.03% son permanentes y no pueden ser corregidas.

Entre los riesgos y complicaciones no neurológicas (sistémicas) se encuentran las siguientes:

- Infecciones locales en el área de punción arterial
- Disecciones arteriales o formación de pseudoaneurismas
- Hematomas arteriales en el sitio de punción
- Arritmias cardíacas
- Falla renal asociado al medio de contraste
- Reacciones alérgicas al medio de contraste

El riesgo de defunción se ha estimado en menos de 0,1 % de los pacientes en los que se realiza el estudio de Angiografía Cerebral Digital Diagnóstica. El riesgo de defunción está relacionado con la presencia de complicaciones durante el estudio.

El equipo médico y de enfermería que lo atenderá durante el cateterismo está especialmente entrenado para la ejecución de los procedimientos. La sala de cateterismo está equipada con un sistema de control de variables fisiológicas del paciente, entre ellas: presión de aorta, frecuencia cardíaca, arritmias, etc.

Usted estará permanentemente bajo el control de este equipo.



Luego de leer y comprender este consentimiento puede preguntar y aclarar cualquier duda con los integrantes del equipo de Hemodinamia o con su médico tratante.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el procedimiento para una **ANGIOGRAFÍA CEREBRAL**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).