



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PREVIA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO DE ANGIOPLASTIA Y STENT CAROTIDEOS

### Identificación del paciente

Nº Historia:                                  DNI:  
Apellido 1:  
Apellido 2:  
Nombre:  
Sexo:    F. Nacimiento:  
  
Fecha:

---

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en el BOE núm. 274.

Usted tiene derecho a conocer en qué consiste el procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y beneficios de su realización. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, esté adecuadamente informado de lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el consentimiento informado para realizar la intervención.** Antes de firmar, es importante que lea despacio y atentamente la información contenida en el mismo ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y nos autoriza a realizarla. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntarnos.

Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a realizar la intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

### **INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ANGIOPLASTIA Y COLOCACIÓN DE STENT CAROTIDEO**

Por una parte manifiesto que el Dr./a: \_\_\_\_\_ del Servicio de RADIOLOGIA VASCULAR e INTERVENCIONISTA me ha informado del procedimiento o la intervención arriba indicada al que voy a ser sometido, de la necesidad de realizarlo, de su idoneidad y, en general, de los riesgos y beneficios de su realización.

La angioplastia consiste en la dilatación de una arteria parcial o totalmente cerrada, mediante el inflado de un balón en su interior. Posteriormente se coloca una prótesis o "stent" que es una malla que refuerza la pared de la arteria. El objetivo de esta intervención es prevenir un accidente cerebro-vascular que a su vez puede producir déficits neurológicos.

Para ello se le pinchará una arteria generalmente en la ingle, utilizando anestesia local. A continuación se le introducirá un tubo (catéter) por donde se inyecta un líquido (medio de contraste) que nos permite ver los vasos que queremos estudiar mediante radiografías.

Posteriormente se realizará la angioplastia y la colocación del stent mediante catéteres que se introducen por el mismo punto de punción de la arteriografía y por tanto no suponen ninguna molestia añadida para el paciente.

La duración de la exploración será, aproximadamente, de 90 – 120 minutos. Al finalizar la prueba deberá estar en reposo absoluto 24 horas, con inmovilización de la pierna donde se realizó la punción.

#### **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

Otro tipo de alternativa es la intervención quirúrgica.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

#### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA.**

##### **Por la técnica que estamos realizando:**

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado en el lugar de punción (hematoma).
- Durante la realización pueden desplazarse algunos trombos de la arteria lesionada hacia el cerebro que se pueden manifestar como incremento de los síntomas del paciente o bien provocar cuadros neurológicos de pérdida de función motora, de sensibilidad o alteraciones del lenguaje, y en casos muy graves podría llegar a correr riesgo la vida del paciente. Para reducir estos riesgos utilizamos un protector, semejante a un paraguas permeable, que recoge los posibles trombos que se suelten sin bloquear la circulación de la sangre.
- Otra posible complicación es el aumento de riego cerebral en un área del cerebro que previamente tiene una circulación muy pobre, ocasionando una hemorragia cerebral (síndrome de hiperperfusión).
- Las complicaciones descritas suponen un riesgo estimado en un 4% de los pacientes.

##### **Por el medio de contraste (contraste yodado):**

- Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves, como náuseas, picores o lesiones en la piel; raramente graves, como alteraciones de los riñones y excepcionalmente pueden ser muy graves (1 de cada 100.000 pacientes).

##### **Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento**

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

**RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.**

.....

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

**DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de una angioplastia y/o stent carotídeo y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION**

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña. \_\_\_\_\_ DNI

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)

Firma

---

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

D./Dª. (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ de (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha \_\_\_\_\_, para la realización de \_\_\_\_\_ y ( ) deseo/ ( ) no deseo proseguir el tratamiento.

En....., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo. Dr/a: \_\_\_\_\_