



**servei**

SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE RADIOLOGÍA  
VASCULAR  
E INTERVENCIONISTA

SECRETARÍA TÉCNICA: C/ALCALÁ, 135, 1º

28009 MADRID, +34 689.038.751

WWW.SERVEI.ORG

SECRETARIA@SERVEI.ORG

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

### Identificación del paciente

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

---

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicadad en el BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

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.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO PARA LA REALIZACIÓN DE TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO**

Se pone de 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. El procedimiento al que voy a ser sometido se resumen en:

El equipo médico que le atiende, han llegado a la conclusión de que los síntomas que usted (o su familiar) presenta están causados por un coágulo de sangre que ocluye una arteria del cerebro (ictus). Esto puede provocar un daño cerebral irreversible e invalidante o causarle la muerte, a no ser que se restablezca la circulación sanguínea en el cerebro cuanto antes. La utilización de dispositivos por vía intra-arterial dentro de las primeras horas tras el comienzo del ictus y sin que exista lesión establecida en el TAC craneal facilita la recanalización de la

arteria obstruida en 3 de cada 4 casos y como consecuencia se produce mejoría clínica en 1 de cada 2 tratamientos, disminuyendo la posibilidad y la gravedad de secuelas físicas.

Se realiza cateterismo selectivo de la arteria obstruida (colocación de catéter específico en la arteria afectada), desde una punción que habitualmente se realiza en la ingle derecha. En un primer paso hay que llegar con un catéter hasta la arteria obstruida. En un segundo paso se llevan hasta ese punto los dispositivos de extracción de coágulos. Esto es imposible aproximadamente en 1 de cada 10 casos. En un tercer paso se procede a la extracción del coágulo en un número de 1 a 6 intentos. Esto es imposible de forma completa en hasta 1 de 4 casos. Puede ser necesario también el empleo de fármacos para disolver coágulos in situ.

Finalmente se retiran todos los sistemas intra-arteriales, dejando un catéter en la ingle que se retirará en la UCI en 24-48 horas. El procedimiento se realizará con el paciente bajo anestesia general o con sedación consciente, dependiendo de su estado y siguiendo criterios clínicos habituales.

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

#### **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

Cuidados médicos en Unidad de Ictus, sin existir otro tratamiento alternativo específico de recanalización arterial, más allá del administrado previamente al cateterismo.

#### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.**

##### **Por la técnica realizada:**

Lesión de las arterias por las que se navega con los diferentes dispositivos (sangrados, lesiones de las paredes, trombosis...) que pueden agravar el ictus que usted ya padece.

Lesión en arterias más allá del trombo y/o aumento de áreas sin circulación (sangrados, nuevos infartos...)

Sangrado espontáneo en el área del cerebro reperfundida y que puede ocurrir unas horas después de finalizada con éxito la intervención.

Hinchazón del cerebro secundario al infarto y al tratamiento.

Complicaciones del punto de punción de la ingle (hematoma, pseudoaneurisma,...)

Muerte

##### **Reacciones alérgicas por el medio de contraste:**

Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel.

Raramente graves como alteraciones de los riñones.

Excepcionalmente la muerte (1 de 100.000 pacientes).

##### **Por la exposición a los rayos X:**

Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

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.**



.....

### **OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico.

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 embolización vascular 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. /D<sup>a</sup>. (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: \_\_\_\_\_