

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
MANEJO PERCUTANEO DE LA ESTENOSIS-TROMBOSIS VASCULAR**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarle a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**El Manejo Percutáneo de la Estenosis y/o Trombosis Vascular**, consiste en una intervención endovascular compleja, realizada para mejorar el flujo y recuperar el diámetro de un vaso sanguíneo, sea vena, arteria o linfático. Puede ser aplicado en venas centrales o periféricas, sean únicas o en todo un territorio venoso, así como también en una o varias arterias o red arterial.

**Consiste en** navegar por dentro de los vasos sanguíneos y, mediante diferentes técnicas endovasculares, intentar recuperar el diámetro y permeabilidad de los vasos afectados. Para ello, las técnicas más usadas involucran el uso de balones de dilatación (angioplastia), uso de stents endovasculares venosos o arteriales, y uso de dispositivos para limpiar de trombo los vasos sanguíneos, llamados dispositivos de trombectomía mecánica, trombectomía asociada a trombolíticos, o uso exclusivo de trombolíticos. Dependiendo de la complejidad del procedimiento, puede usarse una, varias, o todas estas herramientas.

El abordaje consiste en puncionar en forma percutánea una o varias arterias y/o venas, y navegar por dentro de los vasos guiado por angiografía en pabellón de hemodinamia.

Se realiza bajo sedación o anestesia general, la que será la indicada por el anestesiólogo con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, por la complejidad del procedimiento y la necesidad de vigilar los sitios de punción, en general requiere post-operatorio en unidades de cuidado intermedio o UCI.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos encontrados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda,

embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Hemorragia: en el sitio de punción, en los sitios anatómicos donde se está tratando de recuperar el flujo, o en zonas alejadas debido al uso de trombolíticos.
- Infección: en raras ocasiones, puede sobrevenir un episodio infeccioso (sepsis) luego del procedimiento.
- Trombosis y embolia: los vasos se pueden volver a ocluir y/o esta oclusión se puede expandir a otros sitios.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es infrecuente para este procedimiento.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Manejo Percutáneo de la Estenosis-Trombosis Vascul**ar, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE MANEJO PERCUTANEO DE LA ESTENOSIS-TROMBOSIS VASCULAR,** por el Dr. (a) \_\_\_\_\_.

**DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza Procedimiento)