

**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:	FECHA: ____/____/____	HORA:
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)