

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ANGIOPLASTIA CAROTIDEA**

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 solicitarlo 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

La Angioplastia Carotidea, consiste en la dilatación de una arteria parcial o totalmente cerrada, mediante el inflado de un balón en su interior lo que permite posteriormente colocar una prótesis o "stent" que es una malla metálica que refuerza la pared de la arteria manteniéndola abierta en el tiempo. **El objetivo** de esta intervención es prevenir un accidente cerebro-vascular que a su vez puede producir déficits neurológicos.

Para ello se realiza una punción arterial, generalmente la arteria femoral en la ingle, utilizando anestesia local y heparinización sistémica. A continuación, se le colocara una vaina arterial por donde se introducirá un tubo (catéter) por donde se inyecta un líquido (medio de contraste) que nos permite ver los vasos que queremos estudiar mediante rayos X. Una vez localizada y estudiada la estenosis (estrechez) arterial, en primer lugar, se colocará un dispositivo de protección de embolias, distal a la estrechez, (filtro) para posteriormente realizar una angioplastia con balón de pre dilatación. Seguidamente se colocará una malla metálica (Stent) mediante el mismo catéter que se introdujo por el mismo punto de punción de la arteriografía, para finalmente realizar una nueva dilatación (angioplastia) con balón de postdilatación.

Se retirará protector de embolias (filtro) y se realizaran adquisiciones angiográficas para determinar la correcta posición del stent, así como de la circulación de los vasos intracraneanos.

Seguidamente se retiran todos los sistemas y se colocara dispositivo de cierre vascular en el sitio de punción arterial.

La duración del procedimiento será de aproximadamente 60 minutos.

El procedimiento estará en todo momento bajo la vigilancia activa de médicos anestesista.

Al finalizar la prueba deberá estar en reposo absoluto 24 horas, con inmovilización de la pierna donde se realizó la punción.

El tipo de anestesia requerida, 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.

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

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, 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:**

- Accidente vascular cerebral, por el desprendimiento de material de ateroma desde la placa durante la dilatación de la carótida o la colocación del Stent, que pueda comprometer en forma leve o grave al cerebro, e incluso con riesgo vital.
- La complicación de la arteria carótida por el procedimiento, que necesite una intervención quirúrgica para repararla, y sus riesgos consecuentes.
- Sangramiento en el sitio de punción, con la formación de un hematoma que pudiere requerir reparación quirúrgica.
- La posibilidad que sea imposible lograr realizar el procedimiento propuesto en forma adecuada y completa, por las características anatómicas encontradas.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente para este procedimiento.

Las alternativas de tratamiento médicamente indicadas, consisten en tratamiento médico con antiagregantes plaquetarios, (aspirina, Clopidogrel, ticargrelor, tirofiban) y observar su evolución natural o tratamiento quirúrgico abriendo la arteria para limpiar el contenido de ateromas. Sin embargo, la Angioplastia con Stent carotideo es la mejor indicación en este momento para su cuadro clínico.

Dentro de los Riesgos derivados del rechazo del procedimiento propuesto, se considera principalmente la posibilidad de un accidente vascular cerebral por la oclusión total de la carótida o desprendimiento de material de ateroma e infarto cerebral consecuente.

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 (prematurez, 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 **La Angioplastia Carotidea**, 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 LA ANGIOPLASTIA CAROTIDEA, 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 el procedimiento)