

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE  
EMBOLIZACIÓN DE HEMOPTISIS**

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

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Nombre del Paciente</b> |  |
| <b>R.U.T del Paciente</b>  |  |

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**

**La Embolización de Hemoptisis**, se realiza cuando usted padece de sangramiento recurrente o de importante cuantía proveniente del sistema respiratorio, lo que se conoce como hemoptisis. Este sangramiento es de tal magnitud, que es necesario tratarlo mediante Embolización.

Este procedimiento consiste en introducir un material en uno de sus vasos sanguíneos para conseguir taponar dicho vaso, sin necesidad de una intervención quirúrgica. Este material puede corresponder a dispositivos metálicos de diferentes tamaños y formas, como los coils o los ocluidores vasculares, así como también, puede corresponder a partículas muy pequeñas o material líquido que ocluye los vasos, como pegamento (hystoacril) u alcohol absoluto. Esta Embolización (oclusión vascular) puede ser permanente o transitoria según el material utilizado y el objetivo a alcanzar.

En la Embolización por hemoptisis, las arterias que se deben ocluir corresponden principalmente a las bronquiales, que nacen de la aorta torácica. En escasas ocasiones, se deben ocluir otras arterias anexas que irrigan el pulmón.

La introducción de este material se realiza a través de un pequeño tubo (catéter) que introducimos en su torrente circulatorio a través de una punción en su piel.

Todo el procedimiento se realiza con anestesia local, sedación endovenosa, y muchas veces con anestesia general. El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, 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.

Puede que note ligeras molestias en determinados momentos, que su médico le advertirá previamente e intentará mitigar si es necesario con la administración de analgésicos.

Antes de proceder a taponar el vaso, el médico ha de elaborar un mapa que le permita realizar la Embolización con las máximas garantías de éxito para usted. Esto se hace mediante la inyección de contraste y la obtención de radiografías (angiografías).

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:**

- La formación de un hematoma en el lugar de punción o la lesión del vaso sanguíneo que se punciona.
- En algunos casos se producen reacciones alérgicas al contraste que pueden llegar a ser graves.
- El uso de contraste puede provocar falla renal.
- Al ocluir las arterias bronquiales, puede taparse alguna arteria con conexión al sistema nervioso central, en especial, arterias hacia el cerebelo y tronco provocando síntomas cerebrosos, y embolización de arterias medulares provocando parálisis o debilidad variable de las extremidades (paraparesia – paraplejía).
- Dolor al respirar por isquemia de los músculos intercostales. Generalmente este efecto es transitorio.

El material que introducimos en su vaso con el fin de taponarlo ha sido estudiado científicamente para que los trastornos en su organismo sean mínimos. Son raros los casos de efectos indeseables como la infección o el taponamiento de otros vasos. Esto es muy infrecuente, pero en caso de producirse, nuestra clínica dispone de medios adecuados para tratar estas complicaciones.

En muy raras ocasiones, y dependiendo del estado del paciente, la indicación de embolización, y la anatomía, la embolización puede tener mortalidad, estimada en 1 en 6000 pacientes. Dado que cada paciente tiene sus peculiaridades, el médico le informará de los detalles más concretos de su caso particular.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy 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 **Embolización De Hemoptisis**, 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 EMBOLIZACIÓN DE HEMOPTISIS, 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)