

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TROMBOLISIS PERCUTANEA DE CAVIDADES**

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**

**La Trombolisis Percutánea de Cavidades**, es un procedimiento que consiste en la infusión de un agente trombolítico (actylise, estreptoquinasa) a través de un catéter dentro de una cavidad corporal que contiene líquido con un componente semisólido (fibrina, coágulos) o tabicado que es necesario "disolver" a través del trombolítico para facilitar el drenaje de esta cavidad líquida (coleción). Estas colecciones líquidas pueden estar ubicadas en diferentes partes del cuerpo, siendo las ubicaciones más frecuentes la cavidad pleural (derrame pleural), cavidad peritoneal (ascitis loculada) o colecciones en órganos sólidos (hematoma hepático).

Esta trombolisis percutánea permite drenar en forma efectiva a través de pequeños catéteres colecciones que de otro modo requerirían un abordaje quirúrgico.

Se realiza en una sala de radiología vascular intervencionista, o en una sala de cuidados intermedios-UCI donde se pueda monitorizar en forma continua el tratamiento. No requiere anestesia.

El resultado esperado es un aumento en el flujo del líquido hacia el drenaje, siendo normal que el líquido drenado se torna sanguinolento.

El efecto sistémico del trombolítico es nulo.

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 raras ocasiones, el líquido obtenido se torna muy hemorrágico y es necesario intervenir para que este sangramiento local no continúe.
- Infección. En raras ocasiones, puede sobrevenir un episodio infeccioso (sepsis) luego de la infusión.

El equipo médico y de enfermería que le atenderá está específicamente preparado para la práctica en esta técnica, y además nuestra Clínica dispone de los medios necesarios para garantizar la mejor atención en caso de que se produzca cualquier complicación.

Nuestra Clínica dispone de la infraestructura necesaria como para poderle garantizar una correcta atención en caso de que se produzca cualquier complicación relacionada con el procedimiento.

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 (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 **El Procedimiento de Trombolisis Percutánea De Cavidades**, 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 TROMBOLISIS PERCUTANEA DE CAVIDADES, 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)