

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UNA ANGIOGRAFÍA CEREBRAL**

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 Angiografía Cerebral Digital Diagnóstica** es un método invasivo de estudio, que se realiza en una sala de hemodinamia, bajo emisión de rayos "X" y control fluoroscópico (radiación continua controlada). Para realizar el estudio es importante la aplicación de medio de contraste intra arterial. Generalmente el estudio se realiza con el paciente despierto, bajo anestesia local, salvo casos particulares en que se necesita anestesia general, será la indicada por el anesthesiólogo, 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. Se realiza una punción de la arteria femoral y se coloca un introductor arterial que sirve como vía de entrada al sistema arterial.

**El objetivo** es estudiar de manera objetiva patologías cervicales, faciales o cerebrales de tipo tumoral o vascular, para conocer de manera detallada su composición, y de esta manera poder tomar una decisión terapéutica adecuada.

A través de un catéter y una guía las que se localizan en las arterias del arco aórtico se inyecta en forma selectiva medio de contraste de tal forma de estudiar los territorios irrigados por estas arterias:

- Arteria vertebral derecha
- Arteria carótida interna derecha
- Arteria carótida interna izquierda
- Arteria vertebral izquierda

En algunos casos, y dependiendo del padecimiento que motivó el estudio, es importante realizar la canalización y exploración de las arterias que van a la cara y algunas arterias cervicales que irrigan estructuras en el cuello. Es muy importante entender que el estudio se realiza solo con fines diagnósticos y no terapéuticos. Con esto se hace referencia a que de ninguna manera se modificara la evolución del padecimiento que motivó el estudio.

Solo una vez terminado el estudio de Angiografía Cerebral Digital Diagnóstica, y en caso que se demuestre la patología que motivó su realización, se podrá realizar un plan terapéutico que puede ser médico, quirúrgico o endovascular.

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**, 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. Los riesgos y complicaciones del procedimiento se dividen en complicaciones neurológicas (afección cerebral) y complicaciones no neurológicas (afección sistémica), y estas se pueden presentar **durante el procedimiento diagnóstico, o hasta 48 horas después de realizado el procedimiento:**

**Complicaciones neurológicas (afección cerebral):**

Las complicaciones neurológicas se pueden presentar en menos de 0.5 % de los pacientes en los que se realiza este estudio, de estas complicaciones la gran mayoría son transitorias y remiten con el tiempo, y solo un 0.3% son permanentes y no mejoran con el tiempo. Este porcentaje puede variar de acuerdo a la patología del paciente. Entre los riesgos y complicaciones neurológicas se encuentran las siguientes:

- Isquemia cerebral transitoria
- Infarto cerebral
- Crisis convulsivas
- Migración de material diagnóstico o aire a las arterias cerebrales

**Complicaciones no neurológicas (sistémicas):**

Las complicaciones no neurológicas se pueden presentar de manera general en el 0.6 % de los pacientes en los que se realiza este estudio, de estas complicaciones la gran mayoría no son serias y pueden ser corregidas, y solo 0.03% son permanentes y no pueden ser corregidas. Entre los riesgos y complicaciones no neurológicas (sistémicas) se encuentran las siguientes:

- Infecciones locales en el área de punción arterial
- Disecciones arteriales o formación de pseudoaneurismas
- Hematomas arteriales en el sitio de punción
- Arritmias cardíacas
- Falla renal asociado al medio de contraste
- Reacciones alérgicas al medio de contraste

El riesgo de defunción se ha estimado en menos de 0,1 % de los pacientes en los que se realiza el estudio de Angiografía Cerebral Digital Diagnóstica y está relacionado con la presencia de complicaciones durante el estudio.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

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 la **Angiografía Cerebral**, 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 ANGIOGRAFÍA CEREBRAL, 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)