

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
ANGIOGRAFÍA PULMONAR Y/O SONDEO DERECHO**

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 Angiografía Pulmonar y/o Sondeo Derecho**, es un procedimiento que consiste en introducir en sus arterias y/o venas uno o más tubos flexibles llamados catéteres, los que son avanzados desde la ingle, muñeca o desde el pliegue del codo hacia los vasos abdominales, utilizando como guía un sistema de televisión conectado a un equipo de rayos X.

Estos catéteres se emplean para la medición de presiones dentro de las arterias mesentéricas y para la inyección del material de contraste que permitirá visualizar los vasos a los rayos X. Esta inyección es por lo general bien tolerada, aunque en ocasiones algunos pacientes pueden manifestar sensación de náusea transitoria.

Para evitar la formación de coágulos, se emplea un anticoagulante llamado Heparina.

Este estudio es esencial para tomar correctas decisiones referentes al tratamiento de su enfermedad, por lo que su realización es necesaria.

La técnica es indolora, salvo en el momento en que se aplicará la anestesia local en la piel de la ingle, muñeca o pliegue del codo, lo que podría producir un leve dolor local.

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.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión de este por los hallazgos encontrados.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, el estudio de Angiografía Pulmonar y/o Sondeo Derecho es un procedimiento invasivo (manipulación interna del sistema arterial del paciente), y **como todo estudio invasivo no está exento de riesgos o complicaciones**. Pueden presentarse **efectos indeseables**, 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.

Pocos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al material de contraste, el que es en base a yodo. Reacciones alérgicas graves pueden ocurrir, aunque son poco frecuentes (aproximadamente 1 en 50000 pacientes).

No es posible predecir su ocurrencia en forma certera mediante un test de alergia, por lo que, si usted tiene conocimiento de alguna manifestación previa de alergia al yodo o frente a otra sustancia, deberá informarlo al médico y/o enfermero del servicio.

Existe la posibilidad de otras **complicaciones**, algunas leves, otras graves, aunque su ocurrencia es excepcional, ellas incluyen, **pero no están limitadas a:**

- Formación de hematomas en el sitio de acceso o a distancia y/o perforación de algún vaso sanguíneo.
- Algunos pacientes pueden sufrir deterioro de la función del riñón, la que suele ser transitoria.
- La oclusión de alguna arteria por coágulos o trombosis.
- Desprendimiento de placas de colesterol de las paredes arteriales por el pasaje o manipulación de los catéteres.

El manejo de estas complicaciones puede requerir de medidas específicas e incluso cirugía. Secuelas funcionales como infarto de miocardio, parálisis de un miembro o pérdida de la función intelectual o incluso la muerte son posibles, aunque muy poco probables y están en directa relación con la gravedad de la enfermedad de base.

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 Pulmonar y/o Sondeo Derecho**, 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 PULMONAR Y/O SONDEO DERECHO, 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)