

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE
EMBOLIZACIÓN DE HEMORRAGIA POR TRAUMATISMO**

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 Embolización de Hemorragia por Traumatismo, se realiza cuando usted ha sufrido un traumatismo que generó una hemorragia (sangramiento) grave que requiere manejo con embolización. Las alternativas a este tratamiento son cirugía abierta y control médico estricto.

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.

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.
- La embolización de sitios adyacentes al objetivo principal, no deseados, debido a conexiones embrionarias no visibles, variantes arteriales o alteración en la dirección del flujo.
- Oclusión de arterias de piel y partes blandas, con úlceras de piel secundarias.
- Isquemia o infarto intestinal.
- Infarto de la vejiga.
- Isquemia de los músculos en la región embolizada, con dolor secundario, generalmente 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. 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.

Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

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 Hemorragia por Traumatismo**, 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 HEMORRAGIA POR TRAUMATISMO, 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 Procedimiento)