

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE  
EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIO-VENOSA CEREBRAL**

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 Malformación Arterio-Venosa Cerebral (MAV)**, tiene por objetivo excluir la malformación vascular de la circulación, mediante la oclusión de esta y sus aferencias con un polímero no adhesivo (ONYX).

Esto se realiza mediante cateterización directa de la malformación, bajo control de fluoroscopia.

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.

Con el paciente anestesiado, se realiza una punción en la arteria femoral para colocar un introductor o vaina femoral. A través de esa vaina, se introduce un catéter que se localiza en la arteria que irriga la malformación. Posteriormente se introduce un micro catéter al interior del nido de la MAV o muy próximo a él, para inyectar un polímero no adhesivo (ONYX o cianoacrilato) que la rellenará.

En ocasiones, dado el tamaño de la malformación, es necesario repetir este procedimiento, ya sea en la misma intervención o en un tiempo después, para lograr el objetivo deseado.

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

1/3

reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).
- Formación de un coagulo en relación al material de embolización, que pudiese determinar un infarto cerebral.
- Daño de la pared del vaso arterial al nivel del cuello (disección).
- Rotura de la MAV al tratar de embolizarlo, produciendo un sangramiento intra cerebral que pudiese requerir de una cirugía de urgencia.
- En contadas oportunidades, es necesario dejar el micro catéter en la arteria para evitar un sangramiento al intentar retirarlo.
- Puede presentar reacción alérgica, falla renal por el uso de medio de contraste

La mayor parte de las complicaciones pueden ser resueltas en forma médica, y solo un bajo porcentaje requiere de cirugía u otro procedimiento, las complicaciones en general no sobrepasan el 5%.

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 **Embolización de Malformación Arterio-Venosa 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 EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIO-VENOSA 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)