

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Angioplastia de Troncos Supra Aórticos, Carótida o Vertebral

FL-CDM-68

Rev. 03

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Se trata de un tratamiento que sirva para dilatar los vasos sanguíneos de su cuello para corregir una estrechez de los mismos y mejorar así su circulación sanguínea.

EN QUE CONSISTE LA ANGIOSPLASTIA DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS, CAROTIDA O VERTEBRAL.

Se pincha un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle y a continuación se introducen en su interior unos tubos flexibles, llamados catéteres, que llegaran hasta los vasos sanguíneos del cuello. A través de ellos, se dilatará el estrechamiento del vaso y puede ser necesario colocar después un tubo o prótesis en su interior para mantener abierto el vaso sanguíneo. De manera rutinaria durante el procedimiento y ocasionalmente después se administrará Heparina (anticoagulante) para evitar formación de trombos.

Para controlar el desarrollo del procedimiento se emplean un contraste yodado (que es introducido a través de los catéteres) y rayos X, que son reacciones ionizantes. Finalizado el procedimiento se extraerán estos tubos y se comprimirá con la mano el lugar de la punción para que no se acumule sangre (hematoma), o se realizará una sutura de la pared arterial con un dispositivo a través de la piel. En ocasiones el paciente siente ligeras molestias en el punto de introducción de la anestesia local, a si como sensación de calor en la zona de inyección de contraste. Sudoración es muy breve y no supone ningún perjuicio para el paciente.

RIESGOS DE LA ANGIOSPLASTIA DE TRONCOS SUPRA-AORTICOS, CAROTIDA O VERTEBRAL.

- Los comunes a cualquier angiografía o cateterismo como son la formación de un coágulo (trombo) en el vaso que se estudia o en el tubo (catéter) que podría dejar sin riesgo esa área o desplazarse a un paso del cerebro (ocurre en uno cada 300 casos) provocando una falta de riego transitoria o permanente (trombosis) o bien la acumulación de sangre o hematoma en el lugar de la punción que ocurre en un 5%.
- Los derivados del uso de contraste yodado que podría excepcionalmente desencadenar una reacción alérgica. Esta suele ser leve e inmediata (urticaria, picor, enrojecimiento, etc.) o de forma muy improbable grave (edema de laringe, caída de la atención arterial, etc.). Pudiera llegar a producirse el fallecimiento en uno de cada 100.000 estudios.
- Los derivados de la sedación o anestesia.
- Rotura de la arteria y sangrado o fragmentación de la placa de ateroma y como consecuencia de ello, formación de un coágulo que podría taponar el vaso o desplazarse al cerebro provocando un infarto cerebral.
- Al tratar lesiones en la arteria carótida pueden producirse bien de forma inmediata o diferida infartos del Miocardio. También pueden aparecer cefaleas intensas, crisis convulsivas y, en los casos más graves hemorragias cerebrales por el aumento del riego sanguíneo en su cerebro (síndromes de reperfusión).
- Las complicaciones globales de esta técnica son de un 3 – 5 %
- Se emplean rayos X que son reacciones ionizantes. Su utilización es muy segura y sus ventajas son muy superiores a sus inconvenientes. Sin embargo existen algunos riesgos que aunque sean mínimos, derivados de la radiación. Cuando se realiza la prueba a una mujer embarazada existe la posibilidad de que aparezcan malformaciones fetales. Por ello debe advertirse antes de su realización de la existencia de un embarazo ya conocido o de la sospecha de que pueda existir. En los niños y adultos existe un riesgo cuya probabilidad es remota: la aparición de tumores como consecuencia de la radiación.
- Contraindicaciones: no existen contraindicaciones absolutas, salvo en el caso de que ud. Padezca una enfermedad de Ehlers Danlos conocida.
- Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

De cualquier forma, se ocurriera una complicación debe saber que todos los médicos y profesionales de éste Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La única alternativa es la cirugía.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Angioplastía de Troncos Supra Aórticos, Carótida o Vertebral

FL-CDM-68

Rev. 03

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **ANGIOPLASTÍA DE TRONCOS SUPRA AÓRTICOS, CARÓTIDA O VERTEBRAL**
Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ANGIOPLASTÍA DE TRONCOS SUPRA AÓRTICOS, CARÓTIDA O VERTEBRAL**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **ANGIOPLASTÍA DE TRONCOS SUPRA AÓRTICOS, CARÓTIDA O VERTEBRAL**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____