

Consentimiento Informado para el
Procedimiento de Embolización de Shunt Porto-
Sistémico

Radiología Intervencional



Consentimiento Informado para el Procedimiento de Embolización de Shunt Porto-Sistémico

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al procedimiento de:
EMBOLIZACION DE SHUNT PORTO-SISTÉMICO



IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Usted es portador de un shunt (comunicación) entre el sistema venoso portal y el sistema venoso sistémico. Esto corresponde a la presencia en su abdomen de comunicaciones venosas anómalas que son una vía de escape del flujo venoso debido a una obstrucción en el hígado. Este padecimiento puede provocar diversos síntomas, siendo el principal el desarrollo de encefalopatía hepática, manifestada por adormecimiento, lentitud y pérdida de fluidez en el diálogo y contacto con otras personas.
- Para tratar dichos síntomas, usted debe someterse a una embolización del shunt.
- Este procedimiento consiste en introducir un material en una o varias venas del abdomen 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 oclusores 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) permite re direccionar el flujo y disminuir sus síntomas de encefalopatía.
- 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. 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 tapar 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).

Tanto el médico como el personal de enfermería que le atenderán están específicamente preparados para la práctica de estos procedimientos y el manejo de los rayos x, y cuenta con una dilatada experiencia en este campo.

No obstante, cabe la posibilidad de que se produzcan complicaciones, que usted ha de conocer antes de autorizar que se le practique este procedimiento. Las más importantes son:

- 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 esta comunicación venosa (shunt) puede causar hipertensión portal (ascitis , aumento de várices) y trombosis venosa



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.

Dado que cada paciente tiene sus peculiaridades, el médico le informará de los detalles más concretos de su caso particular.

No dude en preguntar al médico todo aquello que desee, tanto en lo que se refiere al procedimiento como a otras técnicas alternativas al mismo.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento de:

EMBOLIZACION DE SHUNT PORTO-SISTEMICO

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....



REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).