



Consentimiento Informado Para  
Angioplastia Coronaria

## **Consentimiento Informado Para Angioplastia Coronaria**

## Consentimiento Informado Para Angioplastia Coronaria

---

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:  
**ANGIOPLASTÍA CORONARIA.**

## INFORMACIÓN

Se ha programado realizar a usted una Angioplastia coronaria, este procedimiento se realiza para poder eliminar una o más obstrucciones existentes dentro de la circulación coronaria o periférica.

Este procedimiento consiste en la introducción de un tubo muy delgado que contiene un balón en su extremo. De este modo se puede remodelar la placa de colesterol y reducir la obstrucción a límites que no genere dificultad al paso de sangre, la que es la causante de dolores de pecho, ahogos, infarto, arritmias e incluso la muerte.

La colocación de este balón se hace a través de tubos llamados catéteres que son avanzados desde la ingle, muñeca o desde el pliegue del codo hacia el corazón o los grandes vasos, utilizando como guía un sistema de televisión conectado a un equipo de rayos X.

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.

Durante el desarrollo de la angioplastia puede haber dolor de pecho transitorio, por lo general solo algunos minutos y de carácter leve y se debe a la oclusión momentánea de la circulación de sangre en la arteria en la que se trabaja debido al inflado del balón.

Este procedimiento tiene una alta tasa de éxito inicial, lográndose reducir el diámetro de la obstrucción a niveles deseados sin sufrir complicaciones.

Algunos pacientes pueden tener complicaciones locales que no hagan posible la obtención del resultado deseado, por lo general ello se debe a una disección de la arteria, lo que significa que se desprende la pared interna de la arteria y ocluye el paso de la sangre, en éstos casos se debe recurrir a la colocación de una malla metálica dentro de la arteria, dispositivo conocido como **STENT**, con lo que generalmente se resuelve la situación, en pocas ocasiones se debe recurrir a la cirugía de emergencia.

Para evitar la coagulación de estos cuerpos extraños dentro de la circulación se debe recurrir al uso de altas dosis de anticoagulante, por lo que también se está expuesto a hemorragias, las que por lo general son locales, especialmente en el sitio de punción, aunque puede ocurrir potencialmente, aunque muy poco frecuente, en cualquier parte del cuerpo.

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, pocos pacientes pueden manifestar daño permanente, especialmente si existe enfermedad previa a este nivel, por lo que usted debe comunicar al equipo que lo asiste cualquier dato referente a él.
- 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.
- Desencadenamiento de dolor de pecho en los pacientes con obstrucciones coronarias.
- Arritmias.
- Pérdida de conciencia.



El manejo de estas complicaciones puede requerir de medidas específicas e incluso cirugía que usted debe consentir al firmar este documento. 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.

El equipo médico y de enfermería que lo atenderá durante el cateterismo está especialmente entrenado para la ejecución de los procedimientos. La sala de cateterismo está equipada con un sistema de control de variables fisiológicas del paciente, **entre ellas:** presión de aorta, frecuencia cardíaca, arritmias, etc. Usted estará permanentemente bajo el control de este equipo.

Luego de leer este consentimiento puede preguntar y aclarar cualquier duda con los integrantes del equipo de hemodinamia o con su médico tratante.

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

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el al procedimiento de:  
**ANGIOPLASTÍA CORONARIA.**

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).