

# Consentimiento Informado Embolización de Vasos Arteriales y/o Venosos

Cirugía Vascular Adulto  
Clínica Dávila

# Consentimiento Informado Embolización de Vasos Arteriales y/o Venosos

**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, a la realización de un procedimiento de:  
**EMBOLOZACION DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS**

## INFORMACIÓN

1. Este procedimiento consiste en la introducción por vía percutánea de distintos materiales de embolización a fin de lograr la oclusión de un vaso arterial y/o venoso, como tratamiento de malformaciones vasculares, insuficiencias, aneurismas, hemorragias u otras condiciones vasculares en las que la oclusión del vaso se hace necesaria para el manejo de esa condición.
2. La introducción de estos materiales de embolización se realiza a través de catéteres que introducimos en su torrente circulatorio a través de una punción en su piel.
3. Para la realización de este procedimiento, se necesita el uso de medio de contraste, que permite la correcta visualización de los vasos y de las eventuales alteraciones existentes bajo imagen radiológica (Rayos X). El uso de medio de contraste tiene complicaciones propias a ello, como es el daño de la función renal secundario a la utilización de ese medio de contraste, tomándose regularmente las medidas para prevenir esta complicación. Algunos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al medio 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 examen de alergia, por lo que si usted tiene conocimiento de alguna manifestación previa de alergia al yodo o frente a otra sustancia, deberá informarlo oportunamente a su médico.
4. El tipo de anestesia requerida dependerá del tipo específico de procedimiento de embolización necesario, pudiendo algunos de ellos realizarse con anestesia local y en el caso de procedimientos más complejos, esta será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.
5. Luego de realizado el procedimiento, se debe efectuar compresión del sitio de acceso durante varios minutos, para evitar el sangrado de este, y la aparición de eventuales complicaciones. También pueden utilizarse dispositivos especiales para el cierre del sitio de punción arterial, de acuerdo a la evaluación hecha por su médico en el momento de realizar el procedimiento
6. Es posible que durante el procedimiento, se deba realizar modificaciones de lo planteado según los hallazgos encontrados, para proporcionar así un tratamiento más adecuado.
7. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), incluyéndose dentro de estas, infarto agudo al miocardio, arritmias, accidente cerebrovascular, trombosis venosa profunda, embolía pulmonar, neumopatías, entre otras.
8. Dentro de las complicaciones específicas de estos procedimientos, se encuentran entre otras:
  - Formación de hematomas en el sitio de acceso
  - Formación de pseudoaneurismas o fístulas, producto de la punción de un vaso
  - Perforación de algún vaso sanguíneo a distancia – Deterioro de la función del riñón, la que suele ser transitoria.
  - La oclusión no deseada de otras estructuras vasculares arteriales o venosas.
  - Desprendimiento de placas de colesterol de las paredes arteriales por el pasaje o manipulación de los catéteres.

- Movilización de los materiales de embolización a otras estructuras con embolía y oclusión de otros territorios (embolía de extremidades, embolía pulmonar u otras)
  - Infección en el sitio de acceso
9. Estas complicaciones, para su solución, muchas veces requieren medidas de manejo conservador; sin embargo, en ocasiones, puede ser necesaria la realización de una intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.
  10. El equipo médico y de enfermería que lo atenderá durante el procedimiento está especialmente entrenado para la ejecución de ellos. La sala de Hemodinamia donde se realiza el procedimiento está equipada con un sistema de control de variables fisiológicas del paciente, entre ellas: presión arterial, frecuencia cardiaca, arritmias, etc. Usted estará permanentemente bajo el control de este equipo.
  11. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente para este procedimiento.

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 complacido 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 tratamiento quirúrgico para:

#### EMBOLOZACION DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS

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).