

# Consentimiento informado

## Angioplastia

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

#### Para qué sirve

La Angioplastia es un procedimiento que sirve para abrir las arterias obstruidas, también es llamada ACTP. Este procedimiento se realiza bajo anestesia local en pabellón de hemodinamia.

#### Cómo se realiza

Previa anestesia local, el médico puncionará una arteria en la ingle o brazo con una aguja delgada, para introducir un fino catéter (tubo) en su cuerpo. Después, sin dolor, el catéter se llevará a través de los vasos sanguíneos hasta el corazón bajo control de visión radiológica, se hace llegar a la arteria coronaria un catéter en cuyo extremo se encuentra un pequeño balón y/o un dispositivo permanente llamado stent. El balón se infla en la porción obstruida de la arteria esto aumenta el flujo sanguíneo, en el caso del stent (pequeño tubo de malla metálica) se implanta en la porción estrecha de la arteria lo que aumenta el canal y mejora el flujo. Sobre el stent irán creciendo nuevas células y tejidos, y con el tiempo lo cubrirán por completo. Durante la inyección del contraste usted puede sentir dolor o calor pasajero en la región y a veces en todo el cuerpo.

#### ¿Cuáles pueden ser las complicaciones del procedimiento?

Ningún procedimiento médico está libre de complicaciones. La angioplastia tiene un riesgo de mortalidad de 0.1 % y 0.5 % de morbilidad, a pesar de tomar todas las precauciones para que esto no suceda.

Éstas pueden ser:

- Dolor y pequeño hematoma en el sitio de punción, que habitualmente no requiere ningún tratamiento.
- Rara vez se producen trombosis, sangramientos o lesiones de la arteria en el sitio de punción que puede requerir de tratamiento médico y eventual cirugía. A veces las complicaciones vasculares pueden ser permanentes.
- A veces se produce alergia al medio de contraste con enrojecimiento de la piel, picazón y vómitos los que mejoran solos o con ayuda de medicamentos antialérgicos.
- En casos excepcionales, una reacción alérgica puede provocar problemas severos, y a veces shock y muerte del paciente. El medio de contraste, en situaciones poco frecuentes puede provocar daño en los riñones.

#### Procedimientos alternativos:

Cirugía de revascularización (cirugía by-pass).

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, alternativas de tratamiento, riesgos de someterme a esta cirugía, procedimientos a ser utilizados, riesgos que éstos acarrear, y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. Finalmente, entiendo que se harán todos los esfuerzos para el éxito de mi cirugía, sin complicaciones, pero no me pueden dar una garantía absoluta, la que no existe en ningún acto quirúrgico o anestésico.

## Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Especifique el nombre del procedimiento o intervención a realizar:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

## Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

## Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: