

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: <small>(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)</small> FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____
NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____ <small>(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)</small>
PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO <small>(NO utilizar ABREVIATURAS)</small>
HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMA SACULAR INTRACRANEAL <small>(NO utilizar ABREVIATURAS)</small>

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO DE ANEURISMA ROTO

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea con atención la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE: Consiste en el **sellado del aneurisma roto**, responsable de una hemorragia subaracnoidea, **desde el interior de la arteria portadora del aneurisma**. Se utiliza un microcatéter para rellenar la cavidad con espirales de platino (coils), en algunos casos asistido con stent de celda abierta o de celda cerrada tipo desviador de flujo (Flow diverter) y/o dispositivos que rellenan el aneurisma (dispositivos intrasaculares), impidiendo que la sangre siga escapando de la arteria. **Sirve para evitar un nuevo sangrado, el cual tendría consecuencias fatales.**

CÓMO SE REALIZA: Con el paciente en ayunas y bajo anestesia general, se introduce un catéter delgado a través de una arteria en la ingle (femoral) o muñeca (radial). Bajo guía de rayos X y contraste yodado, se guían los dispositivos hasta el cerebro para excluir (sellar) el aneurisma de la circulación.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Necesidad de monitorización en UCI, deberá mantener reposo absoluto en cama y posible molestia o hematoma en la zona de punción.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ: **Reducción drástica del riesgo de muerte por resangrado espontáneo** (del 70% - 80% al 1 - 2%).

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO: Manejo conservador (no intervenir). Conlleva un riesgo de resangrado del **15-20% en las primeras 24 horas** y una mortalidad acumulada del **50% al**

mes. No existen otras opciones médicas de urgencia para sellar la lesión.

QUÉ RIESGOS TIENE

LOS MENOS FRECUENTES:

- Arritmias (0.3% a 0.6%, 3 a 6 de cada 1.000): Las complicaciones cardíacas en este estudio son excepcionales, si ocurren suelen ser, bradicardias transitorias (ritmo lento).

LOS MÁS FRECUENTES:

- Eventos isquémicos (5% - 10%): Formación de coágulos que pueden causar un evento.
- Complicaciones del acceso arterial (2% - 4%): Sangrado o daño en la arteria de la pierna o brazo.
- Migración de material (1% - 2%): Desplazamiento de un coil hacia una arteria sana.

LOS MÁS GRAVES:

- Resangrado intraoperatorio (3% - 5%): ruptura de la zona debilitada del aneurisma durante la manipulación técnica.
- Mortalidad relacionada al procedimiento (1% - 2%): Riesgos de fallecimiento por complicaciones técnicas directas.
- Disección arterial (<1%): Desgarro de las arterias de acceso al cerebro.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS: El beneficio de la intervención supera ampliamente los riesgos, ya que la mortalidad por la evolución natural de la enfermedad (resangrado) es de hasta un **80%**, frente a un **2%** de mortalidad técnica.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO: A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____

Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico