

Consentimiento Informado para Cierre de Defectos Cardiacos

Hemodinamia- Cirugía Cardíaca.

Consentimiento Informado para Cierre de Defectos Cardiacos

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 han explicado que es conveniente proceder, en mi situación al **CIERRE DE DEFECTOS CARDIACOS**

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO CIERRE DE DEFECTOS CARDIACOS EN ADULTOS

Existen algunos defectos cardíacos que pueden ser congénitos o adquiridos (Ductus Arterioso persistente, Comunicación Interauricular, Comunicación interventricular, Foramen Oval permeable, Leak para-valvulares) los cuales son susceptibles de ser tratados mediante intervención por vía percutánea, siendo alternativo al cierre de estos por vía quirúrgica.

Este procedimiento consiste en el cierre de un defecto cardíaco a través de un catéter con un dispositivo especialmente diseñado para este propósito, que se sitúa a nivel del de este, por dentro del corazón y que cierra el defecto cardíaco.

Se realiza bajo anestesia general, con sedo-analgésia o con anestesia local en sitio de punción con el paciente dormido o despierto, según corresponda, debiendo permanecer en ayuno 6 a 8 horas antes del procedimiento y después del procedimiento hasta que se recupere nivel de conciencia.

Existen varios dispositivos disponibles para este propósito, los que son de forma, tamaño y constituciones diferentes, dependiendo de tipo, forma y tamaño del defecto tratar.

El cierre de defectos cardíacos es en general un procedimiento seguro, pero no exento de complicaciones. Además de las complicaciones propias de un cateterismo cardíaco que son complicaciones sitio de punción, complicaciones en relación al uso de anestésicos y sedantes, complicaciones por el uso de medio de contraste, existen otras complicaciones poco frecuentes como son:

- Desplazamiento del dispositivo después del procedimiento hacia otra estructura del corazón o hacia otra parte del sistema circulatorio, teniendo que ser rescatado por cateterismo cardíaco o mediante cirugía.
- Complicaciones trombo-embólicas con oclusión de venas y arterias en otro territorio del sistema circulatorio, con necesidad de alguna intervención para poder resolver el problema.
- La formación de coágulo dentro del corazón es otra de las complicaciones que puede ocurrir en forma precoz y más tardía por lo que el paciente debe recibir medicamentos anti-agregantes plaquetarios o anticoagulantes en forma diaria por diferentes períodos de tiempo, según corresponda.
- Durante el procedimiento se puede producir ruptura de alguna estructura del corazón, perforación de este y necesidad de intervención quirúrgica. Pero estas pueden llevar a la muerte.
- También se puede producir infecciones de los dispositivos, a pesar de las medidas que se toman durante el procedimiento.
- Puede haber otras complicaciones menos frecuentes, como arritmias cardíacas, necesidad de marcapaso definitivo etc.

Este es un procedimiento alternativo a la cirugía, sin embargo, en ocasiones no es posible cerrar el defecto cardíaco, por lo que el paciente debe ser derivado a cirugía.

Una vez terminado el procedimiento la mayoría de los pacientes permanecerán en observación en la sala de intermedio cardiovascular o UCI cardiovascular pudiendo ser dado de alta el mismo día, al día siguiente o permanecer más tiempo hospitalizado según el caso. Todo paciente que ha sido sometido a cierre con dispositivo no debe ser sometido a estudios de escáner, ni resonancia nuclear magnética por el lapso no menor a 6 meses.

Además, el paciente debe recibir profilaxis antibiótica (profilaxis de endocarditis infecciosa) durante los 6 meses posteriores al procedimiento frente a cualquier evento quirúrgico.

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 comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

CIERRE DE DEFECTOS CARDIACOS

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).