

Consentimiento Informado para Endarterectomia Carotidea

Cirugía Vascular

Consentimiento Informado para Endarterectomia Carotidea

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) :

Se me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico denominado **ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA**

INFORMACIÓN GENERAL

La hipótesis diagnóstica, consistente en una obstrucción por placas de ateroma del flujo de sangre de la arteria carótida, que es la principal arteria que lleva sangre al cerebro. He sido informado que se debe operar para evitar el riesgo que esta placa se complique ya sea formando coágulos en su superficie, ocluyéndola completamente o por desprendimiento de trozos de la placa hacia el cerebro, produciéndose un Accidente Vascular Cerebral con daño neurológico transitorio o definitivo, de mayor o menor cuantía.

La cirugía (Endarterectomía carótida) consiste en diseccionar la arteria carótida en el cuello, controlarla, abrirla y retirar el material ateromatoso que la obstruye, para luego cerrar nuevamente la arteria y restaurar el flujo cerebral. En la realización de esta cirugía habitualmente es necesaria la utilización de materiales sintéticos para mantener el flujo cerebral durante la operación y para el cierre de la arteria. Durante la cirugía puede realizarse monitorización neurológica intraoperatoria chequeando la actividad cerebral en ese momento.

Se me informado que se trata de una cirugía compleja y de alto riesgo ya que se interviene la irrigación del cerebro y durante la operación pueden desprenderse trozos de ateroma y/o coágulos, o no tolerar la falta de irrigación momentánea y hacer un accidente vascular cerebral durante o después del procedimiento.

La decisión de no operar conlleva implícito el aceptar la evolución natural de la enfermedad con el consiguiente riesgo de accidente cerebro vascular.

La alternativa terapéutica a la Endarterectomía carótida es la reparación por vía endovascular haciendo una angioplastia y colocar un Stent; sin embargo, en base a la recomendación de mi médico tratante, he decidido que la reparación quirúrgica abierta es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.

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, entre otras) 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, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, neuropatías, entre otras.

Dentro de las complicaciones propias de este procedimiento se encuentran:

- 1) Accidente cerebro vascular de magnitud variable en el intra o en el postoperatorio Trombosis, disección y oclusión de la arteria carótida o de sus ramas
- 2) Embolias cerebrales

- 3) Hematoma o hemorragia de la herida operatoria que puede requerir cirugía de urgencia
- 4) Crisis hipertensiva en el post operatorio, a veces de difícil manejo
- 5) Infección de la herida operatoria o del material protésico utilizado en la reparación de la arteria
- 6) Lesión de nervios craneales con secuelas transitorias o permanentes, como disfonía por parálisis de cuerda vocal, alteración de la movilidad de la lengua, alteración de la sensibilidad de la piel del cuello, entre otras.

Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una reintervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento Planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.

La circunstancia de la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada incluso en unidades de manejo de paciente crítico y mayores costos asociados

La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudieran derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos

Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

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:

ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA

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).