



Consentimiento Informado Para
Cirugía Endovascular Del Aneurisma
Aórtico Abdominal

Consentimiento Informado Para Cirugía Endovascular Del Aneurisma Aórtico Abdominal

Consentimiento Informado Para Cirugía Endovascular Del Aneurisma Aórtico Abdominal

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 cirugía de ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL. ENDOVASCULAR

INFORMACION

Se me ha explicado que tengo un Aneurisma Aórtico Abdominal, es decir, una dilatación anormal, como un globo, en mi arteria aorta, el que tiene riesgo de romperse por la presión arterial, produciendo una hemorragia masiva y generalmente mortal. Me informa que se debe operar para evitar este riesgo.

La intervención que se propone consiste en la implantación de una Endoprótesis introducida por vía endovascular, es decir por dentro de otras arterias (arterias femorales, braquiales, ilíacas u otras), mediante la punción o apertura quirúrgica de dichas arterias, en la regiones inguinales, brazos o en el abdomen bajo, y a través de estos accesos instalar la prótesis en el lugar correspondiente para corregir la patología.

Para la realización de este procedimiento, se necesita el uso de medio de contraste, que permite la correcta visualización de las lesiones y de la instalación de la Endoprótesis bajo imagen radiológica (Rayos X). El uso de medio de contraste tiene complicaciones propias, como son la reacción alérgica a dichas sustancias, lo que en algunos casos puede ser un cuadro severo, y el daño de la función renal secundario a la utilización de ese medio de contraste.

Entre las alternativas se cuentan: No operar y aceptar el riesgo de ruptura consecuente; reparar el aneurisma mediante una prótesis a través de cirugía abierta. Sin embargo, he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que la reparación quirúrgica endovascular 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, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales **de tipo cardiológico** (infarto al miocardio, arritmias intra operatorias), **respiratorio** (neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria) **u otras** (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, insuficiencia renal, accidente vascular encefálico), las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).

Dentro de las complicaciones más frecuentes propias al procedimiento se encuentran: fugas entre las uniones de la Endoprótesis, deficiente anclaje de la prótesis, hematomas inguinales o en los otros sitios de abordaje, hemorragias postoperatorias a través de los abordajes, trombosis de la prótesis, trombosis de las arterias utilizadas en los abordajes, embolia distal, infección del injerto o de las heridas operatorias.

Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una re intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia, o realizarse en forma diferida según la evolución del cuadro. Habitualmente se requiere de controles periódicos con Tomografía Axial Computarizada (TAC) posteriores al procedimiento realizado. En algunas ocasiones, es necesaria la realización de un nuevo procedimiento endovascular, para evaluar o tratar posibles complicaciones.

La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coetáneo, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Los riesgos derivados del rechazo del procedimiento propuesto, entre los cuales se considera: Ruptura del aneurisma y hemorragia masiva con muerte, que es el riesgo más grave y para lo cual se propone operar y evitarlo.

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

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.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

**CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL. ENDOVASCULAR**

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).