



Consentimiento Informado
Para Tratamiento
De Aneurisma Arterial
Periférico

Consentimiento Informado Para Tratamiento De Aneurisma Arterial Periférico

Consentimiento Informado Para Tratamiento De Aneurisma Arterial Periférico

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, al tratamiento quirúrgico de
ANEURISMA ARTERIAL PERIFÉRICO

INFORMACIÓN

- 1) La hipótesis diagnóstica, consistente en la presencia de una dilatación de las arterias de las extremidades, con el consiguiente riesgo de rotura, trombosis o desprendimiento de émbolos (coágulos) hacia arterias más distales lo que puede generar la obstrucción de estas y la eventual pérdida de la extremidad

- 2) El tratamiento indicado puede realizarse por vía quirúrgica abierta o a través de un procedimiento endovascular.

El primero consiste en hacer una exclusión del aneurisma, es decir reseca o ligar este y efectuar un puente con vena o prótesis para mantener el flujo adecuado de la extremidad. En algunos casos puede realizarse la resección y anastomosis (unión) primaria de la arteria

El segundo consiste en introducir, a través de la punción de una arteria, un dispositivo llamado STENT cubierto que permite excluir el defecto aneurismático. Para la realización de este procedimiento, se necesita el uso de medio de contraste, que permite la correcta visualización de los vasos y de las eventuales lesiones existentes bajo imagen radiológica (Rayos X). El uso de medio de contraste tiene complicaciones propias a ello, como es el daño de la función renal secundario a la utilización de ese medio de contraste, tomándose regularmente las medidas para prevenir esta complicación. Algunos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al medio de contraste, el que es en base a yodo. Reacciones alérgicas graves pueden ocurrir, aunque son poco frecuentes. No es posible predecir su ocurrencia en forma certera mediante un test de alergia, por lo que si usted tiene conocimiento de alguna manifestación previa de alergia al yodo o frente a otra sustancia, deberá informarlo oportunamente.

- 3) Entre las alternativas se cuentan no hacer nada y observar la evolución natural aceptando el riesgo de ruptura, trombosis y embolización. Sin embargo, en mi caso y de acuerdo a la recomendación de mi médico tratante se realizará:

-
- 4) Estoy informado de la naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto. 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 intraoperatorias), 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.).

- 5) Dentro de las complicaciones propias de la realización de este procedimiento se encuentran:

- Trombosis de la reparación efectuada o del STENT instalado (se tapa con coágulos)
 - Infección, lo que puede requerir tener que retirar el material protésico utilizado en su realización
 - Sangramiento y formación de hematomas, que pudiera requerir reparación quirúrgica
 - Embolización por desprendimiento de coágulos a distancia
 - Isquemia y gangrena de la extremidad comprometida

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

- 7) El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella
- 8) Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
- 9) 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, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.
- 10) La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

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 ARTERIAL PERIFÉRICO

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).