



Consentimiento Informado De
Tratamiento Quirúrgico De
Aneurisma De Aorta Abdominal

Consentimiento Informado De Tratamiento Quirúrgico De Aneurisma De Aorta Abdominal

Consentimiento informado de tratamiento quirúrgico de Aneurisma de Aorta 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, al tratamiento quirúrgico de:
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

INFORMACIÓN

- 1) Se me ha explicado que tengo un Aneurisma Aórtico Abdominal, es decir, una dilatación anormal, como un globo, permanente y progresiva de la aorta abdominal, cuya evolución natural es a la rotura, produciendo una hemorragia masiva y generalmente mortal.
He sido informado que se debe realizar una intervención quirúrgica para evitar este riesgo.
- 2) La alternativa de tratamiento propuesta consiste en abrir el aneurisma y realizar un bypass, reemplazando la zona de aorta dañada por una prótesis vascular, que se sutura en los extremos sanos de la aorta o de otras arterias que irrigan las extremidades inferiores.
- 3) Entre las alternativas se cuentan: No operar y aceptar el riesgo de ruptura consecuyente; reparar el aneurisma mediante una prótesis endovascular (prótesis que se coloca por dentro de las arterias); sin embargo, he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que la reparación quirúrgica abierta es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.
- 4) **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.
- 5) 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, accidente cerebrovascular, neuropatías, insuficiencia renal, entre otras.
- 6) Las complicaciones propias de este procedimiento quirúrgico pueden ser múltiples, diversas y de diferente grado de complejidad. **Se pueden mencionar entre otras:**
 - Trombosis del bypass o de sus ramas
 - Sangrado a nivel de la prótesis o de otras estructuras Intra abdominales.
 - Complicaciones de la herida operatoria, como hematomas y/o infección.
 - Infarto del Miocardio, dependiente de lesiones de arterias coronarias preexistentes.
 - Accidente Vascular Cerebral, dependientes de lesiones preexistentes de arterias carótidas y/o vertebrales.
 - Insuficiencia renal, ya sea por patología renal previa y/o porque el aneurisma comprometa las arterias renales.
 - Isquemia del colon, (poca irrigación del colon).
 - Embolias periféricas a extremidades inferiores, (desprendimiento de trozos de coágulos del aneurisma e ir por la circulación a las piernas) con alteraciones de la circulación a ese nivel
 - Impotencia sexual, secundaria a la disección quirúrgica alrededor de la aorta.
 - Atelectasia pulmonar, (compresión de segmentos de pulmón por mala respiración).
 - Isquemia de la médula espinal y paraplejia
 - Hernias de la herida operatoria a futuro.Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una reintervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia.
- 7) 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.

- 8) El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.
- 9) Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
- 10) 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.
- 11) La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento realizado, pudiera 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 DE AORTA ABDOMINAL

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).