



Consentimiento Informado Para
Cierre De Defectos Cardiacos

Consentimiento Informado Para Cierre De Defectos Cardiacos

Consentimiento Informado Para Cierre De Defectos Cardiacos

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:.....

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de 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)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento de:

CIERRE DE DEFECTOS CARDIACOS

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Existen algunos defectos cardíacos que son susceptibles de ser tratados mediante cateterismo cardíaco (Ductus arterioso persistente, comunicación interauricular, comunicación interventricular, foramen oval y cierre de Fenestración de Fontan), siendo alternativo al cierre quirúrgico.

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 defecto por dentro del corazón y que cierra el defecto cardíaco.

Se realiza bajo anestesia general con el niño dormido debiendo permanecer en ayuno 8 horas antes y 2-4 hrs. después del procedimiento.

Existen varios dispositivos disponibles para este propósito, siendo el "amplatzer" el más utilizado. Este dispositivo se encuentra constituido por dos discos autoexpandibles unidos en su centro y están hechos por una malla de níquel y titanio (Nitinol) rellena de una tela de poliéster que ayuda a cerrar el defecto.

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 existen otras complicaciones muy poco frecuentes como ser el desplazamiento del dispositivo después del procedimiento hacia otra estructura del corazón teniendo que ser rescatado por cateterismo cardíaco o mediante cirugía. La formación de coágulo dentro del corazón es otra de las complicaciones por lo que el niño debe recibir aspirina en forma diaria por un período de 6 meses después al procedimiento.

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

Una vez terminado el procedimiento el paciente permanecerá en observación en la sala de intermedio cardiovascular pudiendo ser dado de alta el mismo día o al día siguiente 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 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

CONSIENTO que se me realice el procedimiento de:

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).