



Consentimiento Informado Para  
Reparación Quirúrgica De Vasos  
Arteriales Y/O Venosos

## **Consentimiento Informado Para Reparación Quirúrgica De Vasos Arteriales Y/O Venosos**

## Consentimiento Informado para Reparación Quirúrgica de Vasos Arteriales y/o Venosos

---

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:

**REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS**

## INFORMACIÓN

1. La hipótesis diagnóstica, consistente en una lesión vascular ya sea venosa y/o arterial producida por múltiples causas como: traumatismo abierto o cerrado, agudo o crónico, complicación de cirugía previa donde se ha producido un pseudoaneurisma, hematoma y/o infección de prótesis, etc. Dicha lesión, al no repararse, puede producir una insuficiencia aguda de irrigación distal a la lesión, tanto venosa como arterial, que puede poner tanto en riesgo la vitalidad de la extremidad comprometida, así como también el riesgo de hemorragia masiva lo que puede conllevar riesgo vital.
2. El tratamiento indicado consiste en la exploración de dicha lesión, y la realización de la reparación del o los vasos comprometidos, ya sea mediante sutura primaria, reparación con utilización de vena propia y/o prótesis y en el caso de infección con el retiro del material y tejido comprometido.
3. Estoy en conocimiento de los riesgos derivados del rechazo del tratamiento propuesto, lo que ocasiona la persistente limitación del flujo arterial y/o venoso, sus síntomas y sus complicaciones (isquemia, necrosis, gangrena e infección de tejidos, trombosis, embolias distales); sin embargo, he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que la reparación de los vasos dañados es lo más conveniente en mi situación.
4. 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) 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, Accidente Cerebrovascular, Trombosis Venosa Profunda, Embolia Pulmonar, Neumopatía, entre otras.
5. Dentro de las complicaciones propias de la intervención se encuentran entre otras:
  - Trombosis de vaso comprometido y reparado.
  - Infección.
  - Sangrado y formación de hematomas.
  - Embolias distales al sitio de la lesión, en caso de lesión arterial
  - Riesgo de falla de la reparación con riesgo de amputación de la extremidad comprometida
6. Habitualmente es necesario el uso de fármacos anticoagulantes antes, durante y/o después del procedimiento quirúrgico realizado para ayudar a mantener la permeabilidad arterial, lo que aumenta el riesgo de sangrado y formación de hematomas.
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. Durante el procedimiento quirúrgico, puede ser necesario el control del funcionamiento de la reparación mediante una arteriografía intraoperatoria, en el caso de una reparación arterial, que básicamente consiste en la administración de medio de contraste para evaluar la permeabilidad de la revascularización realizada. Para la 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 una prueba 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 a su médico

9. 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.
10. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
11. 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
12. 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.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:**

**REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE VASOS ARTERIALES Y/O VENOSOS**

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).