

Consentimiento Informado para Tromboendarterectomía Pulmonar

Cirugía Cardiovascular
Clínica Dávila

Consentimiento Informado para Tromboendarterectomía Pulmonar

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 denominado TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR

INFORMACIÓN GENERAL

- La hipótesis diagnóstica, consistente en una obstrucción trombotica del flujo de sangre de la(s) arteria pulmonar (es), que es la principal arteria que lleva sangre desde el ventrículo derecho a los pulmones para su oxigenación. He sido informado que se debe operar debido a que los trombos cicatrizados, ocluyen en forma parcial o total los vasos provocando falla ventilatoria y/o cardiaca.
- La cirugía (Tromboendarterectomía pulmonar) consiste en abrir la arteria pulmonar afectada por trombos cicatrizados y retirar el material que la obstruye, para luego cerrar nuevamente la arteria y restaurar el flujo pulmonar.
- Se me informado que se trata de una cirugía compleja, que tiene riesgos, ya que se interviene la irrigación sistémica durante la operación.
- La decisión de no operar conlleva implícito el aceptar la evolución natural de la enfermedad con el consiguiente riesgo de falla cardiaca derecha y respiratoria.
- La alternativa terapéutica de Tromboendarterectomía pulmonar es la anticoagulación; sin embargo, en base a la recomendación de mi médico tratante, la reparación quirúrgica abierta 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, 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, falla cardíaca, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, neuropatías, entre otras.

Dentro de las complicaciones propias de este procedimiento se encuentran:

1. Accidente cerebro vascular de magnitud variable en el intra o en el postoperatorio.
 2. Embolias cerebrales.
 3. Hematoma o hemorragia de la herida operatoria.
 4. Crisis hipertensiva en el post operatorio, a veces de difícil manejo.
 5. Infección de la herida operatoria.
 6. Y eventualmente la muerte.
- Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una reintervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia.
 - El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiologo, con los riesgos eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

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

He comprendido que esta cirugía es a corazón abierto, con anestesia general y con uso de circulación extracorpórea.

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 conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** se me realice el tratamiento quirúrgico para:

TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR

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).