

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-27
	Embolectomía de Extremidades Inferiores	Rev. 03

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

La cirugía que se le va a realizar se debe a que usted presenta una obstrucción o estenosis severa de las arterias de los miembros inferiores. La causa principal de esta lesión es la aterosclerosis, pero pueden existir otras como fibrodisplasias, traumatismo, infecciones, aneurisma trombosados, disecciones, etc., la lesión que

usted presenta puede manifestarse como claudicación intermitente en sus extremidades inferiores, dolor nocturno y de reposo en pies o gangrenas en dedos y pies. Si la enfermedad progresa puede desencadenar extensas lesiones irreversibles con gangrena y que pueden suponer la pérdida de una extremidad o infecciones generalizadas (septicemia).

EN QUE CONSISTE EMBOLECTOMIA DE EXTREMIDADES INFERIORES.

Existen diversas opciones técnicas para lesiones, las estenosis u obstrucciones: la cirugía abierta con exclusión de las arterias enfermas y sustitución por una prótesis sintética o un injerto con vena son las técnicas más frecuentes, en algunos casos puede tratarse mediante la dilatación percutánea de los estenosis con un catéter de balón y la implantación de una " malla metálica" (stent) que evite la formación de una nuevaestenosis. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA EMBOLECTOMIA DE LA EXTREMIDADES INFERIORES.

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 y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

La morbilidad post-operatoria se relaciona con la aparición de hemorragias, obstrucciones del injerto, infecciones de las heridas, neumonía, intubación prolongada, septicemia, descompensación de las diabetes, fracaso multiorgánico, etc., Tras la intervención se realizan revisiones periódicas para comprobar la permeabilidad del catéter.

- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc..) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente, pudiendo variar desde un 1 a un 10%.

Las posibles causas de muerte suelen estar relacionadas con otras enfermedades basales del paciente, que en muchos casos, no son conocidas. La más frecuente es el infarto de miocardio, pero también se relacionan con neumonías, distress respiratorio o fracaso renal.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Tratamientos con diversos fármacos orales, intravenosos o intra arteriales, catéteres o estimuladores epidurales, zooterapia, etc., pero que en su caso la mejoría que podría conseguirse esta limitada en el tiempo o seria poco adecuada para mejorar su calidad de vida o salvar la enfermedad.

FORMULARIO PARA REGISTRO

	CONSENTIMIENTO INFORMADO Embolectomía de Extremidades Inferiores	FL-CDM-27
		Rev. 03

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención 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 los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **EMBOLECTOMÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **EMBOLECTOMÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
 (Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **EMBOLECTOMÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
 (Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____