

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía de Tromboendarterectomía Pulmonar, es una cirugía que 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.

Esto a causa de una obstrucción trombótica del flujo de sangre de la(s) arteria pulmonar(es), que es la arteria que lleva sangre desde el ventrículo derecho a los pulmones para su oxigenación. Se debe operar debido a que los trombos cicatrizados, ocluyen en forma parcial o total los vasos provocando falla ventilatoria y/o cardíaca.

Se trata de una cirugía compleja, que tiene riesgos, ya que se interviene la irrigación sistémica durante la operación.

La alternativa terapéutica de Tromboendarterectomía pulmonar es la anticoagulación; sin embargo, la reparación quirúrgica abierta es la mejor indicación en este momento para su cuadro clínico.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, 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.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias,

insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Arritmias
- Atelectasias

Poco frecuentes y graves:

- Sangramiento
- Falla cardiopulmonar

Otros:

- Accidente cerebro vascular de magnitud variable en el intra o en el postoperatorio.
- Embolias cerebrales.
- Hematoma o hemorragia de la herida operatoria.
- Crisis hipertensiva en el post operatorio, a veces de difícil manejo.
- Infección de la herida operatoria.
- 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.

La presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada incluso en unidades de manejo de paciente crítico y mayores costos asociados.

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.

Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, son: falla cardiaca derecha y respiratoria.

Esta cirugía es a corazón abierto, con anestesia general y con uso de circulación extracorpórea.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **cirugía de Tromboendarterectomía Pulmonar**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR, por el Dr.(a) _____ . **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
----------------------------------------------------------------------	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)