

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CIRUGIA DE ANEURISMA DE AORTA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

| Paciente | DNI | Firma | Fecha |
|----------|-----|-------|-------|
|          |     |       |       |

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

**IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO** Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones complementarias oportunas y hemos encontrado una dilatación permanente y progresiva de la aorta abdominal y de las arterias ilíacas, enfermedad que conduce en la mayoría de los casos a la rotura. La intervención que se le propone consiste en la apertura del abdomen, reseca el aneurisma e implantar una prótesis artificial para sustituir las arterias enfermas.

**OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN** Mediante esta intervención se pretende la exclusión del aneurisma, evitando las complicaciones habituales de los mismos que se describen mas adelante.

**ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO** La única alternativa razonable es la exclusión endovascular del aneurisma. Pero hemos considerado que en su caso no es posible realizarlo.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN** Esperamos que en su caso la intervención se realice satisfactoriamente y que pueda externarse a los 7-8 días.

**CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO** En caso de no realizarse la intervención, los riesgos a los que usted se expone son: rotura de aneurisma, embolización distal y trombosis del aneurisma. Todos ellos con una alta morbi-mortalidad.

**RIESGOS FRECUENTES** A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica.  
Locales: hematomas inguinales, hemorragias postoperatorias a través de las femorales, trombosis del injerto, embolización distal, infección del injerto o de las heridas operatorias, que pueden obligar a una reintervención inmediata o tardía.  
Generales: Infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria, neumonía, insuficiencia renal, isquemia cerebral,, embolia pulmonar, trombosis venosa profunda.

**RIESGOS POCO FRECUENTES** *Hay otra serie de riesgos poco frecuentes totalmente imprevisibles que siempre hay que contemplar: infecciones urinarias, flebitis superficiales, escaras por reposo prolongado en cama.*

**RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE** Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CIRUGIA DE ANEURISMA DE AORTA

**ACLARACIONES**  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo.....DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE ANEURISMA DE AORTA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE .....DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **CIRUGÍA DE ANEURISMA DE AORTA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE .....DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO