

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE CAROTIDAS



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, encontrando una enfermedad en sus arterias del cuello que le produce una disminución de la circulación en el cerebro. La causa mas frecuente es una placa de ateroma que origina un estrechamiento en la arteria y que impide el paso de la sangre a su cerebro. Se le propone una intervención quirúrgica que consiste en la desobstrucción de la arteria (endarterectomía) o implantar un puente (by pass) ya sea con su propia vena o con un injerto sintético. En muchas ocasiones hay que colocar un parche de material artificial o de su propia vena para ensanchar la arteria.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante esta intervención se pretende que llegue mas sangre al cerebro. En ningún caso se realiza esta intervención para mejorar síntomas preexistentes. Los beneficios que se esperan alcanzar en estos casos es que la evolución de la enfermedad no acabe con obliterar las arterias que llevan sangre al cerebro y que puede culminar en un accidente vascular cerebral.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	La única alternativa sería el tratamiento endovascular pero hemos considerado su caso y es oportuno realizarlo. Otra alternativa sería el tratamiento conservador y esperar que la evolución de la enfermedad no sea desfavorable.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Esperamos que en su caso la evolución sea satisfactoria y que pueda externarse en 2-3 días.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Se expone a que la evolución de la enfermedad pueda desencadenar un accidente vascular cerebral con: parálisis de medio cuerpo, pérdida del habla e incluso la muerte si el área de cerebro afectada es extensa.
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. Los más frecuentes son: Durante la intervención: Debido a la manipulación quirúrgica y a la interrupción del flujo sanguíneo cerebral, se puede producir un accidente cerebrovascular semejante al que se pretende evitar y esto ocurre en muy pocos casos (2-4%). Hematomas de cuello, hemorragias post-operatorias, trombosis de la intervención, embolización distal, infección del injerto, lesiones de los nervios de cuello con afonía, desviación de la lengua, dificultad para tragar. Complicaciones generales: Infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca, falla renal, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar.
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otras complicaciones pueden ocurrir totalmente imprevisibles pero que hay que contemplar: infecciones urinarias, escaras por reposo en cama prolongado, etc.
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario que el paciente, advierta de sus antecedentes de enfermedades o medicamentos actuales. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGIA DE CAROTIDAS

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 CAROTIDAS**

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 PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE CAROTIDAS**

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