

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-33

Reemplazo Valvular Aórtico y/o Reparación  
(Plastia) Valvular

Rev.04

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

Reparar o reemplazar una o más válvulas cardíacas dañadas.

### CARACTERÍSTICAS DEL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO Y/O REPARACIÓN (PLASTIA) VALVULAR

#### (En qué consiste)

Consiste en extraer la válvula dañada, reparar dicha área de ser necesario e instalar una prótesis valvular biológica o mecánica. Esta cirugía tiene un riesgo aprox. de 10% de mortalidad o enfermedades o complicaciones graves, que puede variar en relación a sus patologías concomitantes y que su Equipo Médico le puede detallar.

Este procedimiento es necesario porque tiene una Enfermedad con malfuncionamiento de la válvula actual y de mal pronóstico con solo tratamiento médico. Además, los resultados exitosos son claramente superiores a las posibles complicaciones.

Se usa anestesia general y la temperatura del cuerpo se hace descender. Se abre el tórax a través del esternón, se conecta la máquina corazón pulmón, se detiene el corazón. Se abre la cavidad respectiva y se extrae la válvula dañada, reparándose el anillo para luego suturar una prótesis valvular. Pueden existir cambios en la técnica según se requiera y decida en su momento el Cirujano. Generalmente se debe utilizar transfusiones de sangre o hemoderivados. Es posible revisar el estado de otras válvulas y de efectuar procedimientos complementarios como By Pass coronario de ser necesario, y según estime su Cirujano.

### RIESGOS POTENCIALES DEL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO Y/O REPARACIÓN (PLASTIA) VALVULAR

Riesgos específicos del procedimiento. Los riesgos son bajos y el detalle se lo debe explicar su Cirujano, pudiendo presentarse: sangramiento que obligue a reoperar, infecciones locales o generalizadas, incluyendo una eventual y remota infección de la nueva prótesis valvular, Infartos o falla del corazón, trastornos del ritmo cardíaco como bloqueos que requieran el uso de marcapaso, y complicaciones de otros sistemas como broncopulmonares y/o pleurales (respiratorias), renales, metabólicas o inflamatorias sistémicas, neurológicas AVE(Accidente Vascular Encefálico), flebitis u otras de menor incidencia. Dentro de este porcentaje, cualquiera de ellas puede ser muy grave y comprometer la sobrevida. Además pueden existir eventuales complicaciones de la anestesia, como reacciones adversas, alérgicas, inflamatorias o problemas dentales.

Qué molestias podría tener el procedimiento en las horas siguientes a su término. Va a despertar de la anestesia con un tubo en la garganta conectado a un respirador artificial, con sueros y sondas en sus vasos sanguíneos y con sonda en la vejiga urinaria, que se irán retirando según usted se recupere. No existirá gran dolor ni molestias severas porque se le administrará sedante y analgésico.

Qué recomendaciones debo seguir a su término, como paciente. Estará inicialmente en la UCI (Unidad de cuidados Intensivos), y luego en pieza hasta su alta en aprox. 7 a 10 días o menos si todo evoluciona bien como lo esperado. Deberá seguir usando algunos medicamentos y la capacidad física dependerá del nivel de recuperación que logre el corazón luego del Reemplazo Valvular y que puede ser una recuperación completa.


La edad avanzada, la existencia de Hipertensión Arterial de Diabetes Mellitas y de otras enfermedades concomitantes Renales, respiratorias u otras pueden incrementar los riesgos señalados en porcentajes estadístico que su médico le ha explicado.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Mantenerse con el tratamiento con medicamentos y con las limitaciones física que presenta actualmente; teniendo presente las posibles limitaciones a corto plazo en sus expectativas de vida. La Técnica de Reemplazo Valvular por vía Endovasculares no está indicada en su caso.

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLÍNICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	FL-CDM-33
	Reemplazo Valvular Aórtico y/o Reparación (Plastia) Valvular	Rev.04

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 le 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 identidad.**

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  
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Reemplazo Valvular Aórtico y/o Reparación (Plastia) Valvular.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Reemplazo Valvular Aórtico y/o Reparación (Plastia) Valvular.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Firma Médico \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un **Reemplazo Valvular Aórtico y/o Reparación (Plastia) Valvular** 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 o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

**REVOCAACION:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)