

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIERRE DEL CONDUCTO ARTERIORO PERSISTENTE

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. He/ hemos sido informados que mi/ nuestro hijo....., presenta un diagnóstico presuntivo de....., por lo que luego de haberseme/nos explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos y riesgos de su patología, como así también los objetivos, características y beneficios esperados de la cirugía propuesta, autorizo/amos al **Dr./a**, y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como....., que se realizará en
2. En el feto, el conducto arterioso permite que la sangre no pase por los pulmones y reciba oxígeno en cambio de la placenta. Pero cuando los pulmones del recién nacido comienzan a funcionar después del nacimiento, el organismo deja de producir las sustancias químicas que mantienen abierto el conducto arterial, y éste se cierra en forma natural. El conducto arterioso persistente (CAP) es una cardiopatía congénita frecuente, caracterizada por un defecto en el cierre de este vaso sanguíneo provisorio que comunica la arteria pulmonar izquierda a la aorta en el corazón fetal.
3. En los casos leves de CAP podría oírse un soplo que no representa problemas. Pero en los casos graves, llega demasiada sangre a los pulmones, produciendo una acumulación de líquido en los mismos, lo que ocasiona falta de aire y cansancio.
4. El cierre quirúrgico del CAP esta indicado cuando éste genera un cortocircuito (mezcla de sangre) significativo, lo cual se manifiesta por la dilatación de las cavidades cardíacas izquierdas asociado o no a la presencia de insuficiencia cardíaca.
5. Existen distintas técnicas para cerrar el ductus: sección y sutura, la ligadura y la oclusión con hemoclip entre otras. En el caso de mi/nuestro hijo se utilizará la siguiente técnica:
6. La intervención enunciada en el punto precedente me/nos ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo/entendemos la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy/estamos en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me/nos ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me/nos han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me/nos han sido específicamente aclarados:
 - 3.1 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me/nos han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:
 - 3.1.1 **Frecuentes:** Infección de la herida quirúrgica, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), atelectasias.
 - 3.1.2 **Infrecuentes:** Neumotórax, hipotensión pulmonar prolongada, hemorragias.
 - 3.1.3 **Infrecuentes y graves:** Sepsis, hemorragia intraventricular.
7. Se me/nos ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo/amos y requiero/requerimos que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo/amos a que el cirujano, o quien él designe, realice las curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
8. Estoy/estamos en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en este caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me/nos ha informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

9. Se me/nos ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi/nuestra voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que le provoque una enfermedad incurable o lo coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de su estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en su persona.
10. Se me/nos ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma. Específicamente se me/nos ha explicado que de no realizar la intervención quirúrgica existe riesgo de que se produzca el fallecimiento de mi/ nuestro hijo por insuficiencia cardíaca o enfermedad vascular pulmonar irreversible.
11. Se me/nos ha informado de las alternativas terapéuticas posibles: cierre mediante medicación o cateterismo. No obstante lo cual se me/nos ha informado que en el caso de mi/nuestro hijo la indicación quirúrgica es la más adecuada.
12. Soy/somos consciente/s que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco/reconocemos que a pesar que el Cirujano me/nos ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me/nos han sido garantizados la obtención de los mismos.-
13. Me/nos comprometo/comprometemos a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me/nos ha explicado y los que me/nos indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que mi/nuestro hijo posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me/nos brindó sobre el particular.-
14. Declaro/declaramos bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer sus antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que le pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto/amos que es alérgico a:
15. Autorizo/amos la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de su historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo/amos la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de su identidad.-
16. Se me/nos ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo/podemos retractarme/retractarnos del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé/deberemos comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
17. He/hemos leído detenidamente este instrumento y lo he/hemos entendido acabadamente, por lo que autorizo/amos la cirugía indicada.
18. En atención al grado de madurez y desarrollo del menor, se hace constar que él **SÍ / NO** ha recibido la información que se alude y consigna en este instrumento.

(1) Firma: (2) Firma:

Aclaración: Aclaración:

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: