



# Resolución Directoral

Lima, 10 de Julio de 2024

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 20689-2024, que contiene entre otros, el Acta N° 004-2024-CIHC-HNDM, de fecha 14 de junio de 2024 y el Informe N° 008-2024-P-CIHC-HNDM, de fecha 24 de junio de 2024, del Presidente del Comité de Historias Clínicas del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II, del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 9° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, y modificatorias, refiere que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;


Que, con Resolución Ministerial N° 502-2016-MINSA, se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del sector salud y entre sus objetivos específicos: "Estandarizar los instrumentos para el procedimiento de auditoría de la calidad de la atención en salud"; y "Promover la auditoría de la calidad de atención en salud como herramienta general en los servicios de salud que permita realizar proceso de mejora continua";

Que, la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, en los numerales 4.2.6., 4.2.8., 4.2.12., 4.2.19. y 5.2.2., establecen que, los formatos de atención que forman parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad, en el caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización, en cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente. El personal de la salud es responsable de la veracidad y legibilidad de los datos e información que se registren en los diferentes formatos que integran la historia clínica, así como de la custodia y conservación de estas, cuando les sean entregadas para las actividades de atención, docencia e investigación. Son funciones del Comité Institucional de Historias Clínicas, entre otras, emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto en los formatos de registro de las prestaciones que integran. En el caso de prestaciones especializadas o altamente especializadas que requieran del diseño de formatos adicionales a los establecidos previamente o incorporar una o más variables adicionales a los formatos básicos previamente establecidos, deberán formalizarse a través de un acto resolutivo para formar parte de la historia clínica, considerando los aspectos señalados en la presente norma;



Que, mediante Nota Informativa N° 0126-2024-DCTCV-HNMD, de fecha 28 de mayo de 2024, el Jefe del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular remite a la Oficina de Gestión de la Calidad, los formatos denominados: 1) Consentimiento Informado- Reemplazo de Válvula Aórtica, con Derivación Cardiopulmonar; Con Válvula Protésica que no sea Homoinjerto o Válvula sin Soporte y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 2) Consentimiento Informado Reemplazo, Válvula Mitral con Derivación Cardiopulmonar y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 3) Consentimiento Informado de Válvula Tricúspide; sin inserción de Anillo, y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 4) Consentimiento Informado Derivación de Arteria Coronaria Utilizando un solo Injerto Arterial y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 5) Consentimiento Informado Derivación de Arteria Coronaria Utilizando Injertos Venosos y Arteriales y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 6) Consentimiento Informado Ligadura de Ductus Arterioso Persistente y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 7) Consentimiento Informado de Corrección de Defecto de Tabique Auricular con o sin Parche y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 8) Consentimiento Informado de Cierre de Defecto de Tabique Ventricular con o sin Parche y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 9) Consentimiento Informado corrección Endovascular de Aorta Abdominal Infrarrenal y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 10) Consentimiento Informado – Angioplastia Percutánea con Balón de la Arteria Fémoro-Poplíteo, y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado 11) Consentimiento Informado – Corrección Abierta de Enfermedad Aneurismática de Aorta Abdominal y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 12) Consentimiento Informado Creación de Fístula Arteriovenosa y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 13) Consentimiento Informado Ligadura, División y Extirpación de Venas Safenas Largas desde la Unión Safenofemoral hasta la Rodilla o más Abajo y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 14) Consentimiento Informado Derivación Arterial Periférica de Miembros Inferiores con Venas Safena Interna y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 15) Consentimiento Informado Lobectomía Pulmonar y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 16) Consentimiento Informado Bilobectomía Pulmonar y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 17) Consentimiento Informado Neumonectomía y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 18) Consentimiento Informado de Decorticación y Pleurectomía Parietal y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado; 19) Consentimiento Informado Toracotomía Limitada para Biopsia Pulmonar o Pleural y Denegación o Revocatoria del Consentimiento Informado;

Que, mediante Nota Informativa N° 119-2024-OGC-HNDM, de fecha 10 de junio de 2024, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad remite a la Dirección General los precitados formatos, para su aprobación a través del presente acto resolutivo;



Que, en atención al Informe N° 195-2024-OAJ-ETAJA-HNDM, de fecha 13 de junio de 2024, emitido por la Oficina de Asesoría Jurídica, el Presidente del Comité Institucional de Historias Clínicas del Hospital Nacional Dos de Mayo, emite su Informe N° 008-2024-P-CIHC-HNDM, de fecha 24 de junio de 2024, a través del cual concluye que los formatos que se encuentran referidos en el quinto considerando de la presente resolución, deben ser aprobados, asimismo adjunta el Acta N° 004-2024-CIHC-HNDM, de fecha 14 de junio de 2024, expedida por el Comité Institucional de Historias Clínicas, a través del cual emiten su opinión técnica favorable para la aprobación e incorporación en la historia clínica, de dichos formatos de consentimiento informado, del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular;

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, del Jefe de la Oficina de Estadística e Informática; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;





# Resolución Directoral

Lima, 10 de Julio de 2024

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 0886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

## SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Aprobar los formatos denominados:

- 1) CONSENTIMIENTO INFORMADO- REEMPLAZO DE VÁLVULA AÓRTICA, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR; CON VÁLVULA PROTÉSICA QUE NO SEA HOMOIJNERTO O VÁLVULA SIN SOPORTE Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.
- 2) CONSENTIMIENTO INFORMADO REEMPLAZO, VÁLVULA MITRAL CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.
- 3) CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VÁLVULA TRICÚSPIDE; SIN INSERCIÓN DE ANILLO, Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.
- 4) CONSENTIMIENTO INFORMADO DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA UTILIZANDO UN SOLO INJERTO ANTERIAL Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.
- 5) CONSENTIMIENTO INFORMADO DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA UTILIZANDO INJERTOS VENOSOS Y ARTERIALES Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.
- 6) CONSENTIMIENTO INFORMADO LIGADURA DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.
- 7) CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CORRECCIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE AURICULAR CON O SIN PARCHÉ Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.
- 8) CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIERRE DE DEFECTO DE TABIQUE VENTRICULAR CON O SIN PARCHÉ Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, , que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRECCIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de tres (3) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

10) **CONSENTIMIENTO INFORMADO – ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA CON BALÓN DE LA ARTERIA FÉMORO-POPLÍTEO, Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de tres (3) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

11) **CONSENTIMIENTO INFORMADO – CORRECCIÓN ABIERTA DE ENFERMEDAD ANEURISMÁTICA DE AORTA ABDOMINAL Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de tres (3) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

12) **CONSENTIMIENTO INFORMADO CREACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de tres (3) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.



13) **CONSENTIMIENTO INFORMADO LIGADURA, DIVISIÓN Y EXTIRPACIÓN DE VENAS SAFENAS LARGAS DESDE LA UNIÓN SAFENOFEMORAL HASTA LA RODILLA O MÁS ABAJO Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de tres (3) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

14) **CONSENTIMIENTO INFORMADO DERIVACIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES CON VENAS SAFENA INTERNA Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de tres (3) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.



15) **CONSENTIMIENTO INFORMADO LOBECTOMÍA PULMONAR Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

16) **CONSENTIMIENTO INFORMADO BILOBECTOMIA PULMONAR Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

17) **CONSENTIMIENTO INFORMADO NEUMONECTOMÍA Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de cuatro (4) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.



18) **CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DECORTICACIÓN Y PLEURECTOMÍA PARIETAL Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de tres (3) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

19) **CONSENTIMIENTO INFORMADO TORACOTOMIA LIMITADA PARA BIOPSIA PULMONAR O PLEURAL Y DENEGACIÓN O REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que en un total de tres (3) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.



# Resolución Directoral

Lima, 10 de Julio ..... de 2024

**Artículo 2°.- Disponer** que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, realice la impresión y distribución, de los formatos aprobados a través del artículo primero de la presente resolución, los mismos que formarán parte de la historia clínica.

**Artículo 3°.- Disponer** que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, convierta los formatos aprobados, en el artículo primero de la presente resolución, en formatos digitales, para su implementación en la historia clínica electrónica del Hospital.

**Artículo 4°.- Disponer** que, la Jefatura del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, haga el seguimiento para el uso adecuado, de los formatos aprobados en el artículo primero de la presente resolución.

**Artículo 5°.- Disponer** que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
M.C. VICTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ  
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL  
C.M.R. 27450 - D.N.E. 13977

VRGP/JEVT/DLPA/dipa.

- C.c.:
- Dirección General.
  - Órgano de Control Institucional.
  - Dirección Adjunta.
  - Comité de Historias Clínicas.
  - Depto de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.
  - Ofic. Gestión de la Calidad.
  - Ofic. Asesoría Jurídica.
  - Ofic. Estadística e Informática.
  - Archivo.

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRECCIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

Nombre del Procedimiento: **CORRECCIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

DECLARO:

Que el/la Dr. (a)..... me ha brindado información para Corrección Endovascular de Aorta Abdominal Infrarrenal, y he comprendido lo siguiente:

### Información general.

Corrección endovascular de aorta infrarrenal: Procedimiento terapéutico mínimamente invasivo realizado por dentro de los vasos sanguíneos, que compromete a la región de la arteria aorta a 2 cm por debajo del origen de la arteria renal.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La intervención consiste en reparar de forma total el defecto que se encuentra en la aorta abdominal infrarrenal. Mediante de disección y punción de la arteria femoral bilateral se colocará una malla metálica recubierta a nivel de la aorta abdominal infrarrenal que llegará hasta las arterias iliacas.

### TIEMPO DE DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: 3-4 HORAS.

- Tiempo previo al procedimiento: 20 – 30 min
- Tiempo del procedimiento: 2 – 3 horas
- Tiempo posterior al procedimiento: 20 - 30 min

**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

- a) Infarto de miocardio
- b) Arritmias cardiacas
- c) Edema agudo de pulmón
- d) Hipovolemia y ruptura de aorta
- e) Sangrado de herida operatoria
- f) Falla renal aguda
- g) Endofuga
- h) Trastorno de coagulación
- i) Isquemia de miembros inferiores
- j) Isquemia renal o visceral
- k) Neuropatía sensitiva o motora
- l) Infección de sitio operatorio
- m) Hematoma en herida operatoria
- n) Seudoaneurisma
- o) Linfocele y linforrea

**EFFECTOS ADVERSOS** Reacción de hipersensibilidad al contraste, injuria renal por contraste, intubación prolongada, infección sobreagregada, sangrado y reoperación

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Bueno, requiere controles posteriores al alta por consultorio externo

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO el procedimiento como parte del tratamiento de mi enfermedad.

Lima, ..... de ..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /  
apoderado( ) y/o representante legal( )



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **CORRECCIÓN ENDOVASCULAR DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (....) /Revocación (....) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



Huella digital

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA  
CON BALÓN DE LA ARTERIA FÉMORO-POPLÍTEO**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

Nombre del Procedimiento: **ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA CON BALÓN DE LA ARTERIA FÉMORO-POPLÍTEO**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a) ..... me ha brindado información para **ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA CON BALÓN DE LA ARTERIA FÉMORO-POPLÍTEO** y he comprendido lo siguiente:

**INFORMACIÓN GENERAL:**

Angioplastia: es un procedimiento endovascular que consiste en dilatar una arteria o vena estenótica u ocluida con el fin de restaurar el flujo sanguíneo obstruido por alguna causa determinada.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

La intervención consiste en un procedimiento endovascular que consiste en dilatar una arteria estenótica u ocluida con el fin de restaurar el flujo sanguíneo obstruido por alguna causa determinada.

**TIEMPO DE DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: 3-4 HORAS.**

- Tiempo previo al procedimiento: 20 – 30 min
- Tiempo del procedimiento: 2 – 3 horas
- Tiempo posterior al procedimiento: 20 - 30 min

**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

- Infarto de miocardio
- Arritmias cardíacas
- Edema agudo de pulmón
- Hipovolemia y ruptura de aorta
- Sangrado de herida operatoria
- Falla renal aguda
- Trastorno de coagulación
- Isquemia de miembros inferiores
- Infección de sitio operatorio
- Hematoma en herida operatoria
- Pseudoaneurisma
- Linfocele y linforrea

**EFFECTOS ADVERSOS** Isquemia de miembros inferiores, neuropatía sensitiva o motora, infección sobreagregada, sangrado y operación

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Bueno, requiere controles posteriores al alta por consultorio externo

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** el procedimiento como parte del tratamiento de mi enfermedad.

Lima,..... de..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) / Padre ( ) /  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **ANGIOPLASTIA PERCUTÁNEA CON BALÓN DE LA ARTERIA FÉMORO-POPLÍTEO**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (...) /Revocación (...) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )

Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado en la RM 214-2018/MINSA

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO- CORRECCIÓN ABIERTA DE ENFERMEDAD ANEURISMÁTICA DE AORTA ABDOMINAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs.      N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

Nombre del Procedimiento: **CORRECCIÓN ABIERTA DE ENFERMEDAD ANEURISMÁTICA DE AORTA ABDOMINAL**

Yo.....

de..... años,      Identificado con DNI/CE/ otros..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para el procedimiento de reparación quirúrgica de la patología arterial abdominal en aorta abdominal, el cual implica un procedimiento riesgoso que puede poner el peligro la vida, pero que es necesario realizar ya que la no realización conlleva mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** La intervención consiste en reparar de forma total el defecto que se encuentra en la aorta abdominal. Como se tiene q reparar la arteria más importante del abdomen habrá un momento donde se tendrá que suprimir el flujo a los miembros inferiores para poder realizar la reparación, lo cual puede tener consecuencias de hipoxia e isquemia en los MMII, se pondrá en el lugar de la arteria enferma un injerto tubular protésico que ira unido hacia arriba a la aorta torácica y por abajo a las arterias iliacas o a la aorta abdominal distal.

**TIEMPO APROXIMADO DEL PROCEDIMIENTO: 08 horas y 40 min aproximadamente.**

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 hora 20 min (80 min)
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 4 horas y 30 min (360 min)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 3 horas (180 min)
- Tiempo aproximado total: 8 horas 40 min (520 min.)



**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

Es posible que puedan desarrollarse en el periodo postoperatorio inmediato, sangrado hasta el punto que pueda requerir ser operado de nuevo para revisar la zona operada, tras la cirugía puede sobrevenir una infección de la herida operatoria, que puede requerir un tratamiento prolongado y una reoperación para cierre de la pared abdominal.

Dependiendo del tipo de abordaje o cierre podrían presentarse: daños neurológicos, isquemia de MMII, abertura espontánea de la sutura de intervención, etc.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son

.....  
debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida severa de sangre, paro cardíaco, etc., asociados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre hemoderivados como son: **paquete globular ( )**, **Plaquetas ( )**, **Plasma ( )** y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 3 a 5 días, luego 3 a 5 días en hospitalización de cuidados cardiovasculares y posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía de tórax y cardiovascular.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO la CORRECCIÓN ABIERTA DE ENFERMEDAD ANEURISMÁTICA DE AORTA ABDOMINAL como parte de mi tratamiento.**

Lima,..... de..... del 20.....

Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **CORRECCIÓN ABIERTA DE ENFERMEDAD ANEURISMÁTICA DE AORTA ABDOMINAL**

Yo, .....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros ..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (....) /Revocación (....) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) / apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CREACIÓN DE FISTULA ARTERIOVENOSA



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:.....

Nombre del Procedimiento: **CREACIÓN DE FISTULA ARTERIOVENOSA**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para el procedimiento que llevara a cabo y he comprendido los riesgos y beneficios.

### INFORMACIÓN GENERAL:

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** por medio de un pequeño corte en el brazo se procederá a unir de manera permanente una arteria con una vena con el fin de garantizar un acceso vascular permanente para poder realizar hemodiálisis por este nuevo acceso

**DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: 3 horas 5 min**

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 30 min.
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 hora y 25 min (85 min.)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado : 1 hora y 10 min
- Tiempo aproximado total: 3 horas 5 min

**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:** Hemorragias, Infecciones

**EFFECTOS ADVERSOS :** trombosis de la fistula, estenosis de la fistula

### PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

- Vigilar Diariamente la permeabilidad de su Fístula: Valorando la presencia de thrill.
- Vigilar signos de Inflamación y signos y síntomas de isquemia.
- No movilizar brazo las primeras 24 a 48 horas.
- Evitar la Venopunción en dicho brazo o toma de PA.
- Controles por Consultorio Externo a la semana del Alta.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** el procedimiento como parte del tratamiento de mi enfermedad

Lima, ..... de ..... del 20.....

_____ Firma del Paciente /Padre/Representante legal	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Huella digital</div>	_____ Firma y Sello del Médico Informante
---	---	--

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **CREACIÓN DE FISTULA ARTERIOVENOSA**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (...)/Revocación (...) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente /  
Padre/Representante legal



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado en la RM 214-2018/MINSA

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO LIGADURA, DIVISIÓN Y  
EXTIRPACIÓN DE VENAS SAFENAS LARGAS DESDE LA UNIÓN SAFENOFEMORAL  
HASTA LA RODILLA O MÁS ABAJO.**



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

**Hospital Nacional  
Dos de Mayo**

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:.....

**Nombre del Procedimiento: LIGADURA, DIVISIÓN Y EXTIRPACIÓN DE VENAS SAFENAS  
LARGAS DESDE LA UNIÓN SAFENOFEMORAL HASTA LA  
RODILLA O MÁS ABAJO.**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a). .....

me ha brindado información para LIGADURA, DIVISIÓN Y EXTIRPACIÓN DE VENAS SAFENAS LARGAS DESDE LA UNIÓN SAFENOFEMORAL HASTA LA RODILLA O MÁS ABAJO. y he comprendido lo siguiente:

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

La intervención consiste en un procedimiento en extraer la vena insuficiente mediante una técnica quirúrgica adecuada y bajo monitoreo constante.

El procedimiento tendrá una duración aproximada de 5 horas 25 min.

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 30 min.
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 2 horas y 10 min (130 min.)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 2 horas y 45 min (165 min.)
- Tiempo aproximado total: 5 horas y 25 min (325 min.)

**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

- Hipovolemia y ruptura de femoral
- Sangrado de herida operatoria
- Edema de miembros inferiores
- Isquemia de miembros inferiores
- Infección de sitio operatorio
- Hematoma en herida operatoria
- Pseudoaneurisma
- Linfocele y linforrea

**EFFECTOS ADVERSOS** Isquemia de miembros inferiores, edema de miembros inferiores, infección sobreadegada, sangrado y reoperación

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Bueno, requiere controles posteriores al alta por consultorio externo

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** el procedimiento como parte del tratamiento de mi enfermedad.

Lima,..... de..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

**Nombres y Apellidos del Paciente:**

.....

**Nombre del Procedimiento:**      **LIGADURA, DIVISIÓN Y EXTIRPACIÓN DE VENAS SAFENAS LARGAS DESDE LA UNIÓN SAFENOFEMORAL HASTA LA RODILLA O MÁS ABAJO**

Yo.....

de..... años,      Identificado con DNI/CE/ otros      N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (....) /Revocación (....) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

**Basado en la RM 214-2018/MINSA**



**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DERIVACIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES CON VENA SAFENA INTERNA**



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **DERIVACIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES CON VENA SAFENA INTERNA**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para Derivación Arterial Periférica de Miembros Inferiores con Vena Safena Interna y he comprendido lo siguiente:

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

La intervención consiste en crear un conducto que permita llevar sangre de una arteria sana a una arteria con poca o escasa cantidad de sangre para mejorar la irrigación distal de los miembros inferiores.

**TIEMPO DE DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: 8 HORAS 25 MIN.**

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 hora y 15 min (75 min.)
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 4 horas y 10 min (250 min.)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 3 horas 5 min (185 min.)

**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

- Infarto de miocardio.
- Arritmias cardiacas.
- Edema agudo de pulmón.
- Hipovolemia y ruptura de aorta.
- Sangrado de herida operatoria.
- Falla renal aguda.
- Trastorno de coagulación.
- Isquemia de miembros inferiores.
- Infección de sitio operatorio.
- Hematoma en herida operatoria.
- Seudoaneurisma.
- Linfocele y linforrea.

**EFEKTOS ADVERSOS:** Isquemia de miembros inferiores, neuropatía sensitiva o motora, infección sobreagregada, sangrado y reoperación.

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:** (se llenará este espacio según condición del paciente)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO el procedimiento como parte del tratamiento de mi enfermedad.

Lima, ..... de ..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **DERIVACIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES CON VENA SAFENA INTERNA**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación ( ) /Revocación ( ) (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



Huella digital

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )

Nombre: .....

DNI: .....

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

CMP: .....

Basado en la RM 214-2018/MINSA

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - REEMPLAZO DE VÁLVULA AÓRTICA, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR; CON VÁLVULA PROTÉSICA QUE NO SEA HOMOIJERTO O VÁLVULA SIN SOPORTE**



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **REEMPLAZO DE VÁLVULA AÓRTICA, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR; CON VÁLVULA PROTÉSICA QUE NO SEA HOMOIJERTO O VÁLVULA SIN SOPORTE**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a) ..... me ha brindado información para la realización del procedimiento de Reemplazo de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar; con válvula protésica que no sea homoijerto o válvula sin soporte y he comprendido lo siguiente:

EL Reemplazo de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar; con válvula protésica que no sea homoijerto o válvula sin soporte consiste en reemplazar la válvula enferma con un dispositivo protésico mediante parada cardiaca y soporte de circulación extracorpórea.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

El procedimiento consiste en Reemplazo de válvula aórtica, con derivación cardiopulmonar; con válvula protésica que no sea homoijerto o válvula sin soporte. Para poder realizar este procedimiento, el paciente debe entrar en circulación extracorpórea, técnica que suplanta temporalmente la función del corazón y los pulmones durante una cirugía, manteniendo la circulación de la sangre y la presencia de oxígeno en el cuerpo. La propia bomba con la que se realiza la técnica se llama máquina de corazón pulmón; el tiempo aproximado del procedimiento oscila entre 9 horas.

- Previo al procedimiento, Tiempo aproximado 1 hora y 45 min
- Durante el procedimiento, Tiempo aproximado: 6 horas y 50 min
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 20 minutos
- Tiempo aproximado total: 9 horas

## RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y después de la operación.
- Hinchazón e irritación de la zona del pecho entre los pulmones.
- Infarto durante o después de la operación.
- Alteración del ritmo de los latidos del corazón.
- El corazón podría quedar con incapacidad de suministrarle suficiente sangre a los órganos del cuerpo.
- Muerte.
- Complicaciones derivadas del uso de medicamentos que cambian la fuerza de las contracciones del corazón:
  - ✓ Acumulación excesiva de ácido en los líquidos del cuerpo.
  - ✓ Muerte de las células y los tejidos de pies y/o manos.
  - ✓ Disminución temporal de la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos de desecho.
- Los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente.
- Infección de la herida producto de la operación.
- Alto riesgo de complicaciones por la introducción de un tejido extraño para el receptor.
- Posibilidad de una segunda operación.
- Medicamentos complejos, pueden producir reacciones adversas básicamente alergias.
- Complicaciones derivadas de los métodos científicos y tecnológicos empleados: Estas técnicas pueden producir acumulación de líquido en los espacios del cerebro, obstrucción de una vena o una arteria producida por un coágulo sanguíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cúmulo de bacterias, células tumorales y otras.
- Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera deterioro progresivo de la salud hasta el fallecimiento.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son

....., debido al estado de salud actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida abundante de sangre, paro cardíaco, etc., relacionados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre hemoderivados como son: paquete globular ( ), plaquetas ( ), plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

## PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, posterior a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía cardiovascular.

Las tasas de supervivencia posterior a la cirugía de 5 a 10 años, van de un 85 a 95 por ciento y 75 por ciento respectivamente.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** el reemplazo de válvula aórtica con prótesis mecánica o biológica, con derivación cardiopulmonar; como parte de mi tratamiento.

Lima,..... de..... del 20.....

Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

Nombre del Procedimiento: REEMPLAZO DE VÁLVULA AÓRTICA, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR; CON VÁLVULA PROTÉSICA QUE NO SEA HOMOINJERTO O VÁLVULA SIN SOPORTE

Yo..... de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° ....., En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:..... Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO REEMPLAZO, VÁLVULA MITRAL, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

Nombre del Procedimiento: REEMPLAZO, VÁLVULA MITRAL, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros .....N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a).....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Reemplazo, válvula mitral, con derivación cardiopulmonar he comprendido lo siguiente:

EL Reemplazo, válvula mitral, con derivación cardiopulmonar consiste en reemplazar la válvula enferma con un dispositivo protésico mediante parada cardiaca y soporte de circulación extracorpórea.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento consiste en Reemplazo, válvula mitral, con derivación cardiopulmonar. Para poder realizar este procedimiento, el paciente debe entrar en circulación extracorpórea, técnica que suplanta temporalmente la función del corazón y los pulmones durante una cirugía, manteniendo la circulación de la sangre y la presencia de oxígeno en el cuerpo. La propia bomba con la que se realiza la técnica se llama máquina de corazón pulmón; el tiempo aproximado del procedimiento oscila entre 6 horas.

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 hora y 45 min (105 minutos)
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 7 horas y 30 min (350 minutos)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 10 min.
- Tiempo aproximado total 7 horas y 30 min (450 min)



## RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y después de la operación.
- El flujo sanguíneo al cerebro se detiene por varios segundos, causando que las células cerebrales pueden morir por falta de oxigenación, lo que podría causar un daño permanente.
- Afectación de una o varias funciones neurológicas, reversible o no, que puede dejar secuelas temporales o permanentes y que en determinados casos puede llevar a la muerte.
- Hinchazón e irritación de la zona del pecho entre los pulmones.
- Infarto durante o después de la operación.
- Alteración del ritmo de los latidos del corazón.
- El corazón podría quedar con incapacidad de suministrarle suficiente sangre a los órganos del cuerpo.
- Muerte.
- Complicaciones derivadas del uso de medicamentos que cambian la fuerza de las contracciones del corazón:
  - ✓ Acumulación excesiva de ácido en los líquidos del cuerpo.
  - ✓ Muerte de las células y los tejidos de pies y/o manos.
  - ✓ Disminución temporal de la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos de desecho.
- Los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente.
- Infección de la herida producto de la operación.
- Alto riesgo de complicaciones por la introducción de un tejido extraño para el receptor.
- Posibilidad de una segunda operación.
- Medicamentos complejos, pueden producir reacciones adversas básicamente alergias.
- Complicaciones derivadas de los métodos científicos y tecnológicos empleados: Estas técnicas pueden producir acumulación de líquido en los espacios del cerebro, obstrucción de una vena o una arteria producida por un coágulo sanguíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cúmulo de bacterias, células tumorales y otras.
- Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera deterioro progresivo de la salud hasta el fallecimiento.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son

.....

debido al estado de salud actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida abundante de sangre, paro cardíaco, etc., relacionados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre

hemoderivados como son: paquete globular ( ), plaquetas ( ), plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, posterior a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía cardiovascular.

Las tasas de supervivencia posterior a la cirugía de 5 a 10 años, van de un 85 a 95 por ciento y 75 por ciento respectivamente.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** Reemplazo, válvula mitral, con derivación cardiopulmonar, como parte del tratamiento de mi enfermedad valvular cardiaca.

Lima,..... de..... del 20.....



Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

**Nombres y Apellidos del Paciente:**

.....

**Nombre del Procedimiento: REEMPLAZO, VÁLVULA MITRAL, CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros ..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre : .....

DNI: .....

CMP : .....

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VÁLVULA TRICÚSPIDE; SIN INSERCIÓN DE ANILLO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento  
de Cirugía de Torax  
y Cardiovascular

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: VALVULOPLASTÍA, VÁLVULA TRICÚSPIDE; SIN INSERCIÓN DE ANILLO

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a) ..... me ha brindado información para la realización del procedimiento de Valvuloplastía, válvula tricúspide; sin inserción de anillo:

EL Valvuloplastía, válvula tricúspide; sin inserción de anillo, consiste en la reparación y/o reemplazar la válvula enferma con un dispositivo protésico mediante parada cardíaca y soporte de circulación extracorpórea.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento consiste en Valvuloplastía, válvula tricúspide; sin inserción de anillo, reemplazo de válvula tricúspide con derivación cardiopulmonar. Para poder realizar este procedimiento, el paciente debe entrar en circulación extracorpórea, técnica que suplanta temporalmente la función del corazón y los pulmones durante una cirugía, manteniendo la circulación de la sangre y la presencia de oxígeno en el cuerpo. La propia bomba con la que se realiza la técnica se llama máquina de corazón pulmón; el tiempo aproximado del procedimiento oscila entre 8 horas.

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 hora y 05 minutos
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 8 horas
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 10 Minutos
- Tiempo aproximado total: 9 horas y 15 min

### **RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y después de la operación.
- El flujo sanguíneo al cerebro se detiene por varios segundos, causando que las células cerebrales puedan morir por falta de oxigenación, lo que podría causar un daño permanente.
- Afectación de una o varias funciones neurológicas, reversible o no, que puede dejar secuelas temporales o permanentes y que en determinados casos puede llevar a la muerte.
- Hinchazón e irritación de la zona del pecho entre los pulmones.
- Infarto durante o después de la operación.
- Alteración del ritmo de los latidos del corazón.
- El corazón podría quedar con incapacidad de suministrar suficiente sangre a los órganos del cuerpo.
- Muerte.
- Complicaciones derivadas del uso de medicamentos que cambian la fuerza de las contracciones del corazón:
  - ✓ Acumulación excesiva de ácido en los líquidos del cuerpo.
  - ✓ Muerte de las células y tejidos de pies y/o manos.
  - ✓ Disminución temporal de la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos de desecho.
- Los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente.
- Infección de la herida producto de la operación.
- Alto riesgo de complicaciones por la introducción de un tejido extraño para el receptor.
- Posibilidad de una segunda operación.
- Medicamentos complejos, pueden producir reacciones adversas básicamente alergias.
- Complicaciones derivadas de los métodos científicos y tecnológicos empleados: Estas técnicas pueden producir acumulación de líquido en los espacios del cerebro, obstrucción de una vena o una arteria producida por un coágulo sanguíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cúmulo de bacterias, células tumorales y otras.
- Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera deterioro progresivo de la salud hasta el fallecimiento.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son:

....., debido al estado de salud actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones. Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida abundante de sangre, paro cardíaco, etc., relacionados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre hemoderivados como son: paquete globular ( ), plaquetas ( ), plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante

### **PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía cardiovascular.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** la derivación de arteria coronaria utilizando injertos arteriales y venosos como parte del tratamiento de mi enfermedad arterial coronaria.

Lima,..... de..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Torax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **Valvuloplastia, válvula tricúspide; sin inserción de anillo**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DERIVACIÓN DE ARTERIA  
CORONARIA UTILIZANDO UN SOLO INJERTO ANTERIAL**



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

**Hospital Nacional  
Dos de Mayo**

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs.      N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

**Nombre del Procedimiento:      DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA UTILIZANDO UN  
SOLO INJERTO ANTERIAL**

Yo.....

de..... años,      Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Derivación de arteria coronario utilizando un solo injerto arterial y he comprendido lo siguiente:

La derivación de arteria coronaria es una operación del corazón, que consiste en colocar un vaso sanguíneo como puente para saltar una obstrucción de una arteria coronaria. De esa forma, la sangre puede llegar al músculo cardíaco llamado miocardio en forma normal.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

El procedimiento consiste en la derivación vascular o revascularización en el corazón, mediante la cual se toma una parte de una arteria corporal, un extremo se une a la arteria aorta para conseguir aporte de sangre y el otro al sector coronario que se encuentra más allá de la obstrucción. Para poder realizar este procedimiento, el paciente debe entrar en circulación extracorpórea, técnica que suplanta temporalmente la función del corazón y los pulmones durante una cirugía, manteniendo la circulación de la sangre y la presencia de oxígeno en el cuerpo. La propia bomba con la que se realiza la técnica se llama máquina de corazón pulmón; el tiempo aproximado del procedimiento oscila entre 5 a 6 horas.

- Previo al procedimiento, Tiempo aproximado 2 horas y 50 min
- Durante el procedimiento, Tiempo aproximado: 6 horas y 50 minutos.
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 3 horas y 05 minutos.
- Tiempo aproximado total: 12 hora y 45 minutos



## **RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y después de la operación.
- El flujo sanguíneo al cerebro se detiene por varios segundos, causando que las células cerebrales pueden morir por falta de oxigenación, lo que podría causar un daño permanente.
- Afectación de una o varias funciones neurológicas, reversible o no, que puede dejar secuelas temporales o permanentes y que en determinados casos puede llevar a la muerte.
- Hinchazón e irritación de la zona del pecho entre los pulmones.
- Infarto durante o después de la operación.
- Alteración del ritmo de los latidos del corazón.
- El corazón podría quedar con incapacidad de suministrar suficiente sangre a los órganos del cuerpo.
- Muerte.
- Complicaciones derivadas del uso de medicamentos que cambian la fuerza de las contracciones del corazón:
  - ✓ Acumulación excesiva de ácido en los líquidos del cuerpo.
  - ✓ Muerte de las células y tejidos de pies y/o manos.
  - ✓ Disminución temporal de la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos de desecho.
- Los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente.
- Infección de la herida producto de la operación.
- Alto riesgo de complicaciones por la introducción de un tejido extraño para el receptor.
- Posibilidad de una segunda operación.
- Medicamentos complejos, pueden producir reacciones adversas básicamente alergias.
- Complicaciones derivadas de los métodos científicos y tecnológicos empleados: Estas técnicas pueden producir acumulación de líquido en los espacios del cerebro, obstrucción de una vena o una arteria producida por un coágulo sanguíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cúmulo de bacterias, células tumorales y otras.
- Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera deterioro progresivo de la salud hasta el fallecimiento.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son

.....  
debido al estado de salud actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida abundante de sangre, paro cardíaco, etc., relacionados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre hemoderivados como son: paquete globular ( ), plaquetas ( ), plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía cardiovascular.

Las tasas de supervivencia posterior a la cirugía de 5 a 10 años, van de un 85 a 95 por ciento y 75 por ciento respectivamente.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** la derivación de arteria coronaria utilizando injertos arteriales y venosos como parte del tratamiento de mi enfermedad arterial coronaria.

Lima,..... de..... del 20.....



Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

**Nombres y Apellidos del Paciente:**

.....

**Nombre del Procedimiento: DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA UTILIZANDO UN SOLO INJERTO ARTERIAL**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DERIVACIÓN DE ARTERIA  
CORONARIA UTILIZANDO INJERTOS VENOSOS Y ARTERIALES**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento  
de Cirugía de Torax  
y Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

**Nombre del Procedimiento: DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA UTILIZANDO  
INJERTOS VENOSOS Y ARTERIALES**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a). .....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Derivación de arteria coronario utilizando injertos arteriales y venosos, y he comprendido lo siguiente:

La derivación de arteria coronaria es una operación del corazón, que consiste en colocar un vaso sanguíneo como puente para saltar una obstrucción de una arteria coronaria. De esa forma, la sangre puede llegar al músculo cardíaco llamado miocardio en forma normal.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

El procedimiento consiste en la derivación vascular o revascularización en el corazón, mediante la cual se toma una parte de otra vena o arteria corporal, un extremo se une a la arteria aorta para conseguir aporte de sangre y el otro al sector coronario que se encuentra más allá de la obstrucción. Para poder realizar este procedimiento, el paciente debe entrar en circulación extracorpórea, técnica que suplanta temporalmente la función del corazón y los pulmones durante una cirugía, manteniendo la circulación de la sangre y la presencia de oxígeno en el cuerpo. La propia bomba con la que se realiza la técnica se llama máquina de corazón pulmón; el tiempo aproximado del procedimiento oscila entre 5 a 6 horas.

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 2 horas y 50 min
- Durante el procedimiento tiempo aproximado: 6 horas y 50 min
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 3 horas
- Tiempo aproximado total, 12 horas (720 min.)

## RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y después de la operación.
- El flujo sanguíneo al cerebro se detiene por varios segundos, causando que las células cerebrales pueden morir por falta de oxigenación, lo que podría causar un daño permanente.
- Afectación de una o varias funciones neurológicas, reversible o no, que puede dejar secuelas temporales o permanentes y que en determinados casos puede llevar a la muerte.
- Hinchazón e irritación de la zona del pecho entre los pulmones.
- Infarto durante o después de la operación.
- Alteración del ritmo de los latidos del corazón.
- El corazón podría quedar con incapacidad de suministrar suficiente sangre a los órganos del cuerpo.
- Muerte.
- Complicaciones derivadas del uso de medicamentos que cambian la fuerza de las contracciones del corazón:
  - ✓ Acumulación excesiva de ácido en los líquidos del cuerpo.
  - ✓ Muerte de las células y tejidos de pies y/o manos.
  - ✓ Disminución temporal de la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos de desecho.
- Los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente.
- Infección de la herida producto de la operación.
- Alto riesgo de complicaciones por la introducción de un tejido extraño para el receptor.
- Posibilidad de una segunda operación.
- Medicamentos complejos, pueden producir reacciones adversas básicamente alergias.
- Complicaciones derivadas de los métodos científicos y tecnológicos empleados: Estas técnicas pueden producir acumulación de líquido en los espacios del cerebro, obstrucción de una vena o una arteria producida por un coágulo sanguíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cúmulo de bacterias, células tumorales y otras.
- Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera deterioro progresivo de la salud hasta el fallecimiento.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son

.....

debido al estado de salud actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida abundante de sangre, paro cardíaco, etc., relacionados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre hemoderivados como son: paquete globular ( ), plaquetas ( ), plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía cardiovascular.

Las tasas de supervivencia posterior a la cirugía de 5 a 10 años, van de un 85 a 95 por ciento y 75 por ciento respectivamente.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** la derivación de arteria coronaria utilizando injertos arteriales y venosos como parte del tratamiento de mi enfermedad arterial coronaria.

Lima,..... de..... del 20.....

Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **DERIVACIÓN DE ARTERIA CORONARIA UTILIZANDO INJERTOS VENOSOS Y ARTERIALES**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



Huella digital

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )

Nombre: .....

DNI: .....

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

CMP: .....

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO LIGADURA DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: LIGADURA DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Ligadura de ductus arterioso persistente, y he comprendido lo siguiente:

La intervención consiste en cerrar la comunicación existente entre la arteria pulmonar y la arteria aorta, a través de una toracotomía (incisión a nivel lateral del tórax) o mediante esternotomía media (incisión en la parte central del pecho) con el paciente recostado sobre su lado derecho y exponiendo su lado izquierdo, o acostado boca arriba; la cavidad torácica es abierta y se realiza el procedimiento.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento se realiza por incisión por toracotomía posterolateral izquierda o esternotomía media, al identificarse el ductus se realiza la ligadura tanto en su cabo pulmonar, como cabo aórtico; en algunos casos se puede realizar con clips de titanio, la duración del procedimiento es de aproximadamente 11 horas.

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 1 horas.
- Durante procedimiento tiempo aproximado: 2 horas y 50 min
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 30 min
- Tiempo aproximado total 5 horas (300 min)

### RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y/o después de la operación.



- Fuga de aire que resulta frecuentemente de la compresión de la tráquea contra los cuerpos vertebrales, se acompaña de daño completo de la tráquea o uno de los bronquios.
- Neumotórax: es la entrada de aire en el espacio interpleural (entre la pleura visceral y la parietal).
- Presencia de líquido linfático en el espacio pleural, es decir entre el pulmón y la pared del tórax.
- Disminución del volumen pulmonar. Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.
- Infección de la herida.
- Desgarro del conducto durante la operación.
- Muerte.
- Presión arterial alta.
- Lesión nerviosa con daño de cuerdas vocales.
- Disminución en la cantidad de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos.
- Disminución del volumen pulmonar, es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.
- Ligadura de arteria pulmonar izquierda.

**DERIVADAS DE LA PROPIA COMPLEJIDAD DE LA MALFORMACIÓN CARDIACA.**  
 Insuficiencia cardíaca, alteración grave del ritmo cardíaco, paradas cardíacas irrecuperables (evolución natural de muchas cardiopatías).

**Descripción de los riesgos que, siendo infrecuentes, pero no excepcionales, se consideran graves: Dependen del tipo de operación a que va a ser sometido. En su caso podrían presentarse: Daño neurológico con secuelas de coma, interrupción de la transmisión del impulso del nervio frénico, reapertura del conducto arterioso.**

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son: .....  
 debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

**Las contraindicaciones del procedimiento son:**

.....  
 Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Por lo cual consiento que se le administre: paquete globular ( ), Plaquetas ( ), Plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía cardiovascular.

El riesgo de mortalidad por cierre quirúrgico por toracotomía va de 0 a 2 % y el de morbilidad es menor de 4.4 %. Ante hipertensión arterial pulmonar, aneurisma o conducto calcificado, el riesgo aumenta hasta 20 %.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** la derivación de arteria coronaria utilizando injertos arteriales y venosos como parte del tratamiento de mi enfermedad arterial coronaria.

Lima,..... de..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Torax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **LIGADURA DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ), APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRECCIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE AURICULAR CON O SIN PARCHES**



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Torax y Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **CORRECCION DE DEFECTO DE TABIQUE AURICULAR CON O SIN PARCHES**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ), APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Corrección de defecto de tabique auricular con sin parche, y he comprendido lo siguiente:

La intervención consiste en cerrar total o parcialmente el defecto que se encuentra en la pared del corazón. Como durante la cirugía es necesario mantener la circulación en todo el cuerpo, pero con el corazón detenido, se tiene que someter al paciente a circulación externa, que consiste en instalar una circulación artificial apoyada por una máquina que hace las funciones del corazón y pulmón, mientras el corazón esté detenido. Es probable que el niño tenga que permanecer en observación durante unos años.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

El procedimiento se realiza por incisión por toracotomía posterolateral izquierdo, al identificarse la comunicación interauricular se realiza la corrección del defecto con el uso o no de un parche

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 30 minutos
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 4 horas y 10 min
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 3 horas
- Tiempo aproximado total : 08 horas y 30 min (680 min.)

**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y/o después de la operación.

- Fuga de aire que resulta frecuentemente de la compresión de la tráquea contra los cuerpos vertebrales, se acompaña de daño completo de la tráquea o uno de los bronquios.
- Neumotórax: es la entrada de aire en el espacio interpleural (entre la pleura visceral y la parietal).
- Presencia de líquido linfático en el espacio pleural, es decir entre el pulmón y la pared del tórax.
- Disminución del volumen pulmonar. Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.
- Infección de la herida.
- Desgarro del conducto durante la operación.
- Muerte.
- Presión arterial alta.
- Lesión nerviosa con daño de cuerdas vocales.
- Disminución en la cantidad de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos.
- Disminución del volumen pulmonar, es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.
- Ligadura de arteria pulmonar izquierda.

**DERIVADAS DE LA PROPIA COMPLEJIDAD DE LA MALFORMACIÓN CARDIACA.** Insuficiencia cardiaca, alteración grave del ritmo cardiaco, paradas cardiacas irrecuperables (evolución natural de muchas cardiopatías).

Descripción de los riesgos que, siendo infrecuentes, pero no excepcionales, se consideran graves: **Dependen del tipo de operación a que va a ser sometido. En su caso podrían presentarse: Daño neurológico con secuelas de coma, interrupción de la transmisión del impulso del nervio frénico.**

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son:

.....  
 debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

.....  
 Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Por lo cual consiento que se le administre: paquete globular ( ), Plaquetas ( ), Plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

#### **PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía cardiovascular.

El riesgo de mortalidad por cierre quirúrgico por toracotomía va de 0 a 2 % y el de morbilidad es menor de 4.4 %. Ante hipertensión arterial pulmonar, aneurisma o conducto calcificado, el riesgo aumenta hasta 20 %.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** la derivación de arteria coronaria utilizando injertos arteriales y venosos como parte del tratamiento de mi enfermedad arterial coronaria.

Lima,..... de..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **CORRECCIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE AURICULAR CON O SIN PARCHÉ**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente ( ) /Padre ( )/  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIERRE DE DEFECTO DE TABIQUE VENTRICULAR CON O SIN PARCHES**



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

**Hospital Nacional  
Dos de Mayo**

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

**Nombres y Apellidos del Paciente:**

.....

**Nombre del Procedimiento: CORRECCIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE VENTRICULAR CON O SIN PARCHES**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros .....N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Corrección de defecto de tabique ventricular con sin parche, y he comprendido lo siguiente:

La intervención consiste en cerrar total o parcialmente el defecto que se encuentra en la pared del corazón. Como durante la cirugía es necesario mantener la circulación en todo el cuerpo, pero con el corazón detenido, se tiene que someter al paciente a circulación externa, que consiste en instalar una circulación artificial apoyada por una máquina que hace las funciones del corazón y pulmón, mientras el corazón esté detenido. Es probable que el niño tenga que permanecer en observación durante unos años.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

Procedimiento realizado por el cirujano se realiza con corazón detenido y conectado a una máquina llamada circulación extracorpórea. posterior a ello se realiza una incisión una apertura del corazón e identificación de comunicación interventricular, se realiza la corrección del defecto con el uso o no de un parche

**TIEMPO DE CIRUGÍA** 6 horas aproximadamente.

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 3 horas.
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 6 horas y 50 min
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: **2 horas y 50 min**
- Tiempo aproximado total : 12 horas (680 min.)



## **RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y/o después de la operación.
- Fuga de aire que resulta frecuentemente de la compresión de la tráquea contra los cuerpos vertebrales, se acompaña de daño completo de la tráquea o uno de los bronquios.
- Neumotórax: es la entrada de aire en el espacio interpleural (entre la pleura visceral y la parietal).
- Presencia de líquido linfático en el espacio pleural, es decir entre el pulmón y la pared del tórax.
- Disminución del volumen pulmonar. Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.
- Infección de la herida.
- Muerte.
- Presión arterial alta.
- Lesión nerviosa con daño de cuerdas vocales.
- Disminución en la cantidad de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos.
- Disminución del volumen pulmonar, es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.

**DERIVADAS DE LA PROPIA COMPLEJIDAD DE LA MALFORMACIÓN CARDIACA.** Insuficiencia cardiaca, alteración grave del **ritmo cardiaco**, paradas cardiacas irrecuperables (evolución natural de muchas cardiopatías).

Descripción de los riesgos que, siendo infrecuentes, pero no excepcionales, se consideran graves: **Dependen del tipo de operación a que va a ser sometido. En su caso podrían presentarse: Daño neurológico con secuelas de coma, interrupción de la transmisión del impulso del nervio frénico, reapertura del conducto arterioso.**

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son:  
.....  
debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

**Las contraindicaciones del procedimiento son:**  
.....

Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Por lo cual consiento que se le administre: paquete globular ( ), Plaquetas ( ), Plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, posterior a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía cardiovascular.

El riesgo de mortalidad por cierre quirúrgico por toracotomía va de 0 a 2 % y el de morbilidad es menor de 4.4 %. Ante hipertensión arterial pulmonar, aneurisma o conducto calcificado, el riesgo aumenta hasta 20 %.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO la derivación de arteria coronaria utilizando injertos arteriales y venosos como parte del tratamiento de mi enfermedad arterial coronaria.

Lima,..... de..... del 20.....



Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /  
apoderado ( ) y/o representante legal ( )

Nombre: .....

DNI: .....

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **CORRECCIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE VENTRICULAR CON O SIN PARCHES**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /apoderado ( ) y/o representante legal ( )



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO LOBECTOMÍA PULMONAR



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **LOBECTOMÍA PULMONAR**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros .....N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Lobectomía Pulmonar, y he comprendido lo siguiente:

La lobectomía pulmonar, exéresis de un lóbulo pulmonar ya sea del pulmón izquierdo o derecho, consiste en la extirpación de un lóbulo pulmonar enfermo que se encuentra comprometiendo el estado hemodinámico del cuerpo al generar dificultad respiratoria, entre otras complicaciones. De esa forma, queda el resto del pulmón no enfermo para poder suplir la función del lóbulo que ya no está.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Se le lava con una solución antiséptica y se hace un corte a lo largo de la cara lateral del tórax, a nivel del lóbulo que se extirpará. Cuando se visualicen las costillas, se utilizará un instrumental especial para separarlas y dejar expuesta el área pulmonar. Los vasos sanguíneos y conductos respiratorios conectados al lóbulo que se extirpará son ligados con suturas no absorbibles. Se extirpará el lóbulo. Para facilitar la extirpación del tejido pulmonar, se puede extraer una costilla. Se pueden insertar uno o más tubos torácicos en la cavidad torácica para eliminar el aire o líquido después de la cirugía. La incisión cutánea se sutura con puntos o grapas quirúrgicas y se cubrirá con gasa y/o apósitos estériles.

**TIEMPO APROXIMADO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** 7 horas y 15 min (435 min)

- **Previo al procedimiento, Tiempo Aproximado:** 1 hora y 15 min (75 min.)
- **Durante el procedimiento, Tiempo Aproximado:** 5 horas y 50 min (350 min)
- **Posterior al procedimiento, Tiempo Aproximado:** 10 min.
- **Tiempo aproximado Total Final:** 7 horas y 15 min (435 min)

## **RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Cuando se trata de una corrección completa se obtiene la curación del proceso, pero el hecho de que haya sido necesario utilizar material protésico extraño, con lleva la posibilidad de complicaciones tardías. El paciente deberá controlarse por consultorio según lo indique su médico tratante.

### **Las complicaciones más importantes pueden ser:**

- Sangrado durante y después de la operación.
- Fístula bronco-pleural: Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad.
- Infección de la herida operatoria.
- Sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío que experimentan en la piel, dolor crónico después de la operación.
- Acumulación de pus en la cavidad torácica.
- Fístula: abertura tubular entre un bronquio y la cavidad pleural que produce la filtración de aire o líquido en el área quirúrgica.
- Disminución del volumen pulmonar.
- Acumulación de aire en la cavidad pleural (el aire entre el pulmón y la pared del tórax); causa colapso del pulmón.
- Acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón.
- Incapacidad del organismo para mantener los niveles de oxígeno.
- Infección de vías respiratorias e inflamación de los espacios alveolares de los pulmones.
- Infección del pulmón caracterizada por presencia de pus.
- Rotación sobre su eje de un lóbulo pulmonar.
- Penetración de aire en los tejidos de la piel.
- Ataque al corazón.

Medicamentos complejos, pueden producir reacciones adversas básicamente alergias.

Derivadas de los métodos científicos y tecnológicos empleados: En caso de que se necesite hacer uso la instalación de circulación externa, podría producir complicaciones en otros órganos principalmente neurológicos: acumulación inusual de líquido en los tejidos del cerebro, embolia cerebral que es un tipo de infarto cerebral. Alteración de la función renal.

Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera deterioro progresivo de la salud hasta el fallecimiento.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son:

.....  
debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Las circunstancias en que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida severa de sangre, paro cardíaco, etc., asociados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre hemoderivados como son: paquete globular ( ), Plaquetas ( ), Plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 3 a 5 días, luego 3 a 5 días en hospitalización de cuidados cardiovasculares y posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía de tórax y cardiovascular.

El riesgo de mortalidad por cierre quirúrgico por toracotomía va de 0 a 2 % y el de morbilidad es menor de 4.4 %.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, antes que el procedimiento objeto de este documento sea realizado y que la firma del presente documento no exime de responsabilidad al médico (s) tratante (s). Por tanto, manifiesto que estoy **SATISFECHO ( ) INSATISFECHO ( )** con la información recibida y que **COMPRENDO ( ) NO COMPRENDO ( )** la indicación, beneficios, los riesgos y posibles complicaciones del procedimiento para el tratamiento; en fe de lo cual, en señal de **SI ( ) NO ( ) ACEPTACIÓN** de lo anteriormente expuesto, otorgo el consentimiento para que se le realice el procedimiento, por lo que firmo el presente documento.

Lima,.... de..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente /Padre  
/Representante legal



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: LOBECTOMÍA PULMONAR

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente ( ) /Padre ( ) /Representante legal ( )



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado en la RM 214-2018/MINSA

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO BILOBECTOMÍA PULMONAR



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **BILOBECTOMÍA PULMONAR**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a). .....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Biobectomía Pulmonar, y he comprendido lo siguiente:

La bilobectomía pulmonar, exéresis de dos lóbulos pulmonares, sobre todo del pulmón derecho, consiste en la extirpación de dos lóbulos pulmonares enfermos que se encuentra comprometiendo el estado hemodinámico del cuerpo al generar dificultad respiratoria, entre otras complicaciones. De esa forma, queda el resto del pulmón no enfermo para poder suplir la función de los lóbulos que ya no están.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Se le lava con una solución antiséptica se hace un corte a lo largo de la cara lateral del tórax, a nivel de los lóbulos que se extirparán. Cuando se visualicen las costillas, se utilizará un instrumental especial para separarlas y dejar expuesta el área pulmonar. Los vasos sanguíneos y conductos respiratorios conectados al lóbulo que se extirpará son ligados con suturas no absorbibles. Se extirparán los lóbulos afectados. Para facilitar la extirpación del tejido pulmonar, se puede extraer una costilla. Se pueden insertar uno o más tubos torácicos en la cavidad torácica para eliminar el aire o líquido después de la cirugía. La incisión cutánea se suturará con puntos o grapas quirúrgicas y se cubrirá con gasa y/o apósitos estériles.

### TIEMPO APROXIMADO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: 7 horas y 15 min (435 min.)

- Previo al procedimiento, Tiempo aproximado: 1 hora y 15 min (75 min.)
- Durante el procedimiento Tiempo aproximado: 5 horas y 50 min (350 min)
- Posterior al procedimiento Tiempo aproximado: 10 min
- Tiempo aproximado Total Final: 7 horas y 15 min (435 min.)



## **RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Cuando se trata de una corrección completa se obtiene la curación del proceso, pero el hecho de que haya sido necesario utilizar material protésico extraño, con lleva la posibilidad de complicaciones tardías. El paciente deberá controlarse por consultorio según lo indique su médico tratante.

**Las complicaciones más importantes pueden ser:**

- Sangrado durante y después de la operación.
- Fístula bronco-pleural: Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad.
- Infección de la herida operatoria.
- Sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío que experimentan en la piel, dolor crónico después de la operación.
- Acumulación de pus en la cavidad torácica.
- Fístula: abertura tubular entre un bronquio y la cavidad pleural que produce la filtración de aire o líquido en el área quirúrgica.
- Disminución del volumen pulmonar.
- Acumulación de aire en la cavidad pleural (el aire entre el pulmón y la pared del tórax); causa colapso del pulmón.
- Acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón.
- Incapacidad del organismo para mantener los niveles de oxígeno.
- Infección de vías respiratorias e inflamación de los espacios alveolares de los pulmones
- Infección del pulmón caracterizada por presencia de pus.
- Rotación sobre su eje de un lóbulo pulmonar.
- Penetración de aire en los tejidos de la piel.
- Ataque al corazón.

Medicamentos complejos, pueden producir reacciones adversas básicamente alergias.

**Derivadas de los métodos científicos y tecnológicos empleados:** En caso de que se necesite hacer uso la instalación de circulación externa, podría producir complicaciones en otros órganos principalmente neurológicos: acumulación inusual de líquido en los tejidos del cerebro, embolia cerebral que es un tipo de infarto cerebral. Alteración de la función renal.

Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera deterioro progresivo de la salud hasta el fallecimiento.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son.....,

debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Las circunstancias que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida severa de sangre, paro cardíaco, etc., asociados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre hemoderivados como son: paquete globular ( ), Plaquetas ( ), Plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 3 a 5 días, luego 3 a 5 días en hospitalización de cuidados cardiovasculares y posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía de tórax y cardiovascular.

El riesgo de mortalidad por cierre quirúrgico por toracotomía va de 0 a 2 % y el de morbilidad es menor de 4.4 %.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, antes que el procedimiento objeto de este documento sea realizado y que la firma del presente documento no exime de responsabilidad al médico (s) tratante (s). Por tanto, manifiesto que estoy **SATISFECHO ( ) INSATISFECHO ( )** con la información recibida y que **COMPRENDO ( ) NO COMPRENDO ( )** la indicación, beneficios, los riesgos y posibles complicaciones del procedimiento para el tratamiento; en fe de lo cual, en señal de **SI ( ) NO ( ) ACEPTACIÓN** de lo anteriormente expuesto, otorgo el consentimiento para que se le realice el procedimiento, por lo que firmo el presente documento.

Lima,..... de..... del 20.....



\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente  
/Padre/Representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado en la RM 214-2018/MINSA



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

### DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **BILOBECTOMÍA PULMONAR**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

Firma del Paciente /Padre /Representante legal



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado en la RM 214-2018/MINSA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO NEUMONECTOMÍA



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: NEUMONECTOMÍA

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a) .....

me ha brindado información para la realización del procedimiento de Neumonectomía, y he comprendido lo siguiente:

El procedimiento consiste en colocar una vía en las venas del brazo o en la mano. Insertar un catéter urinario en la vejiga, una vez que el paciente está sedado, se le lava con una solución antiséptica se hace un corte en la cara posterolateral del hemitórax correspondiente al pulmón que se extirpará.

### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Una vez que el paciente está sedado, se le lava con una solución antiséptica y se hace un corte en la cara posterolateral del hemitórax correspondiente al pulmón que se extirpará. Cuando se visualicen las costillas, se utilizará un instrumental especial para separarlas y dejar expuesta el área pulmonar. Los vasos sanguíneos y conductos respiratorios conectados al pulmón que se extirpará con suturas no absorbibles. Se extirpará el pulmón en su totalidad. Para facilitar la extirpación del tejido pulmonar, se puede extraer una costilla. Se pueden insertar uno o más tubos torácicos en la cavidad torácica para eliminar el aire o líquido después de la cirugía. La incisión cutánea se suturó con puntos o grapas quirúrgicas. Se aplicará un apósito estéril para cubrir la herida.

**DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** Entre 08 horas y 15 min. (495 min)

- Previo al procedimiento, Tiempo aproximado ,2 horas y 15 min (135 min)
- Durante el procedimiento, Tiempo aproximado: 5 horas y 50 min. (350 min)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 10 min
- Tiempo aproximado total: 08 horas y 15 min. (495 min)

## **RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Las complicaciones más importantes pueden ser:

- Sangrado durante y después de la operación.
  - Fístula bronco-pleural: Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad.
  - Infección de la herida operatoria.
  - Sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío que experimentan en la piel, dolor crónico después de la operación.
  - Acumulación de pus en la cavidad torácica.
  - Apertura tubular entre un bronquio y la cavidad pleural que produce la filtración de aire o líquido en el área quirúrgica.
  - Disminución del volumen pulmonar.
  - Acumulación de aire en la cavidad (el aire entre el pulmón y la pared del tórax); causa colapso del pulmón.
  - Acumulación de sangre en el espacio existente entre la pared torácica y el pulmón (la cavidad pleural).
  - Incapacidad del organismo para mantener los niveles de oxígeno.
  - Infección de vías respiratorias e inflamación de los espacios alveolares de los pulmones
  - Infección del pulmón caracterizada por presencia de pus.
  - Rotación sobre su eje de un lóbulo pulmonar.
  - Bloqueo repentino de una arteria pulmonar.
  - Penetración de aire en los tejidos de la piel.
  - Latidos auriculares descoordinados y desorganizados, produciendo un ritmo cardíaco rápido e irregular.
  - Ataque al corazón.
- ✓ Medicamentos complejos, pueden producir reacciones adversas básicamente alergias.
- ✓ Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera deterioro progresivo de la salud hasta el fallecimiento.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son

.....

, debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Las circunstancias que la presencia de complicaciones implica probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Además, se me ha informado que existen otros riesgos como: pérdida severa de sangre, paro cardíaco, etc., asociados a todo procedimiento por lo cual consiento que se me/le administre hemoderivados como son: paquete globular ( ), Plaquetas ( ), Plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

## **PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 3 a 5 días, luego 3 a 5 días en hospitalización de cuidados cardiovasculares y posteriores a lo cual el paciente es dado de alta y es controlado por consultorio externo de cirugía de tórax y cardiovascular.

El riesgo de mortalidad por cierre quirúrgico por toracotomía va de 0 a 2 % y el de morbilidad es menor de 4.4 %.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, antes que el procedimiento objeto de este documento sea realizado y que la firma del presente documento no exime de responsabilidad al médico (s) tratante (s). Por tanto, manifiesto que estoy **SATISFECHO ( ) INSATISFECHO ( )** con la información recibida y que **COMPRENDO ( ) NO COMPRENDO ( )** la indicación, beneficios, los riesgos y posibles complicaciones del procedimiento para el tratamiento; en fe de lo cual, en señal de **SI ( ) NO ( ) ACEPTACIÓN** de lo anteriormente expuesto, otorgo el consentimiento para que se le realice el procedimiento, por lo que firmo el presente documento.

Lima,..... de..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente  
/Padre/Representante legal



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado n la RM 214-2018/MINSA



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

### DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **NEUMONECTOMÍA**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi denegación/Revocación (tachar lo que corresponda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.



Firma del Paciente /Padre/Representante legal

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado n la RM 214-2018/MINSA

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE DECORTICACIÓN Y PLEURECTOMÍA PARIETAL



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital Nacional  
Dos de Mayo

Departamento de  
Cirugía de Tórax y  
Cardiovascular

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:.....

Nombre del Procedimiento: **DECORTICACIÓN Y PLEURECTOMÍA PARIETAL**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros..... N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

### DECLARO:

Que el/la Dr. (a) ..... me ha brindado información para la realización del procedimiento de decorticación y pleurectomía parietal, he comprendido el procedimiento los beneficios y las posibles complicaciones que podría suceder como enfisema subcutáneo, hemorragia, las cuales pueden ser manejadas por el servicio.

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:** El procedimiento se realiza por incisión por toracotomía posterolateral izquierdo para decorticación y pleurectomía parietal, dicha cirugía demora aproximadamente 4 a 6 horas posteriormente pasa a URPA.

- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 2 horas y 35 min. (155 min)
- Previo al procedimiento tiempo aproximado: 4 horas y 50 min. (290 min)
- Posterior al procedimiento, Tiempo aproximado: 10 min
- Tiempo aproximado total 7 horas y 35 min (455 min)

**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:** Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y/o después de la operación.
- Fuga de aire que resulta frecuentemente de la compresión de la tráquea contra los cuerpos vertebrales, se acompaña de daño completo de la tráquea o uno de los bronquios.
- Neumotórax: es la entrada de aire en el espacio interpleural (entre la pleura visceral y la parietal).
- Presencia de líquido linfático en el espacio pleural, es decir entre el pulmón y la pared del tórax.
- Disminución del volumen pulmonar. Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.



- Infección de la herida.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son:

.....  
debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Las contraindicaciones del procedimiento son:

.....

Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Por lo cual consiento que se le administre: paquete globular ( ), Plaquetas ( ), Plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

### EFFECTOS ADVERSOS

Los efectos adversos que se pueden presentar después de dicho procedimiento son hemorragias, enfisema subcutáneo

### PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días, donde verificamos el progreso del paciente y posibles complicaciones.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** la decorticación y pleurectomía parietal como parte de mi tratamiento quirúrgico.

Lima,..... de..... del 20.....

_____ Firma del Paciente /Padre/Representante legal	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Huella digital</div>	_____ Firma y Sello del Médico Informante
---	---	--

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **DECORTICACIÓN Y PLEURECTOMÍA PARIETAL**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (...) /Revocación (...) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente /Padre /Representante legal



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado en la RM 214-2018/MINSA

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TORACOTOMÍA LIMITADA PARA BIOPSIA PULMONAR O PLEURAL**



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

Nombres y Apellidos del Paciente:

.....

Nombre del Procedimiento: **TORACOTOMÍA LIMITADA PARA BIOPSIA PULMONAR O PLEURAL**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

y en pleno uso de mis facultades mentales y de los derechos de salud, en cumplimiento de la Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.

**DECLARO:**

Que el/la Dr. (a) ..... me ha brindado información para la realización del procedimiento de toracotomía limitada para biopsia pulmonar o pleural, y he comprendido lo siguiente:

**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

El procedimiento se realiza por incisión por toracotomía posterolateral izquierdo para toma de biopsia pulmonar o pleural y posterior estudio de dicha muestra.

Tiempo aproximado del procedimiento:

- Previo al procedimiento, Tiempo Aproximado 2 horas y 35 min (155 min)
- Durante el procedimiento, Tiempo aproximado 3 horas y 20 min (200 min)
- Posterior al procedimiento, tiempo aproximado 10 min.
- Tiempo aproximado Total 05 horas 05 min. (365 min).

**RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

Los riesgos más frecuentes y más graves, derivados de la administración de la anestesia, transfusiones de Hemoderivados y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando los siguientes:

- Sangrado durante y/o después de la operación.
- Fuga de aire que resulta frecuentemente de la compresión de la tráquea contra los cuerpos vertebrales, se acompaña de daño completo de la tráquea o uno de los bronquios.
- Neumotorax: es la entrada de aire en el espacio interpleural (entre la pleura visceral y la parietal).
- Presencia de líquido linfático en el espacio pleural, es decir entre el pulmón y la pared del tórax.
- Disminución del volumen pulmonar. Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.
- Infección de la herida.

Asimismo, se me ha explicado de los riesgos personalizados que son:

.....,  
debido a la situación vital actual del paciente, los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones.

Las contraindicaciones del procedimiento son:

.....  
Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Por lo cual consiento que se le administre: paquete globular ( ), Plaquetas ( ), Plasma ( ) y/o medicamentos, procedimientos y/o terapias que sean consideradas necesarias a juicio del médico tratante.

**PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

Posterior a la cirugía el paciente es internado en la unidad postoperatoria cardiovascular donde tiene un tiempo aproximado de recuperación de 5 a 7 días.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

**SI (...), NO (...) ACEPTO** el procedimiento de TORACOTOMÍA LIMITADA PARA BIOPSIA PLEURAL Y PULMONAR parte de mi tratamiento.

Lima,..... de..... del 20.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente /Padre  
/Representante legal



\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

Departamento de Cirugía de Torax y Cardiovascular

**DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ ; Hora: \_\_\_:\_\_\_ Hs. N° de Historia Clínica: .....

**Nombres y Apellidos del Paciente:**

.....

**Nombre del Procedimiento: TORACOTOMÍA LIMITADA PARA BIOPSIA PLEURAL Y PULMONAR**

Yo.....

de..... años, Identificado con DNI/CE/ otros N° .....

En mi calidad de: paciente ( ) , APODERADO ( ) parentesco:.....

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi Denegación (...) /Revocación (...) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al hospital Nacional Dos de Mayo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente /Padre /Representante legal



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Informante

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI: .....

CMP: .....

Basado en la RM 214-2018/MINSA