

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-35

Revascularización de Miocardio o By Pass Coronario
con Rechazo de Transfusión

Rev. 04

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

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

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

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

Corregir quirúrgicamente la obstrucción de Revascularización de Miocardio o By Pass.

CARACTERÍSTICAS DE LA REVASCULARIZACIÓN DE MIOCARDIO O BY PASS CORONARIO CON RECHAZO DE TRANSFUSIÓN (En qué consiste)

Consiste en instalar puentes de Vena de la pierna u otro lugar y/o Arteria Mamaria interna torácica, que se extraen de sus respectivos sitios y se instalan entre la Aorta y las arterias coronarias del corazón o en forma pediculada, saltándose las zonas obstruidas por placas de ateromatosis, para llevar distalmente un renovado flujo de sangre arterial. Esta cirugía tiene un buen promedio general de éxito; pero en su caso puntual esta cifra podría bajar si existen enfermedades concomitantes, tales como Diabetes Mellitus, Infarto, obesidad u otras enfermedades adicionales.

Este procedimiento es necesario, porque tiene una Enfermedad oclusiva de las Arterias Coronarias que le ha generado una Insuficiencia Coronaria; la cual de no repararse, limita severamente las expectativas y la calidad de vida. Además, los resultados positivos son claramente superiores a las posibles complicaciones.

Se usa anestesia general y la temperatura del cuerpo se hace descender. Se abre el tórax a través del esternón, se conecta la máquina corazón-pulmón, se detiene el corazón y se instalan los By Pass coronarios o injertos de vena o arteria mamaria en las coronarias con lesiones que sean susceptibles de revascularizar. En algunos casos es posible efectuar esta operación sin la máquina Corazón-Pulmón y con el corazón latiendo, lo que decidirá el cirujano. Generalmente se debe utilizar transfusiones de sangre o hemoderivados.

RIESGOS POTENCIALES DE LA REVASCULARIZACIÓN DE MIOCARDIO O BY PASS CORONARIO CON RECHAZO DE TRANSFUSIÓN

Los riesgos son bajos y el detalle se lo debe informar su cirujano, pudiendo presentarse complicaciones tales como: sangramiento que obligue a reoperar (Ud. posiblemente ha tomado Aspirina y/o Plavix que favorecen el sangramiento, en algún grado), infecciones locales o generalizadas (menor a un 3%), nuevos Infartos o falla del corazón, trastornos del ritmo cardíaco como bloqueos que requieran el uso de marcapaso, y complicaciones de otros sistemas como broncopulmonares y/o pleurales (respiratorias), renales, metabólicas o inflamatorias sistémicas, neurológicas AVE (Accidente Vascular Encefálico), flebitis u otras de menor incidencia. Dentro de este porcentaje, cualquiera de ellas puede ser muy grave y comprometer la sobrevivencia. Además pueden existir eventuales complicaciones de la anestesia, como reacciones adversas, alérgicas, inflamatorias o problemas dentales.

Va a despertar de la anestesia con un tubo en la garganta conectado a un respirador artificial, con sueros y sondas en sus vasos sanguíneos y con sonda en la vejiga urinaria, que se irán retirando según Ud. se recupere. No existirá gran dolor ni molestias severas porque se le administrará sedante y analgésico.

Estará inicialmente en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y luego en pieza hasta su alta en 7 a 10 días si todo evoluciona bien como lo esperado. Deberá seguir usando algunos medicamentos y la capacidad física dependerá del nivel de recuperación que logre el corazón luego de recibir los puentes coronarios y que puede ser una recuperación completa

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Mantenerse con el tratamiento con medicamentos y con las molestias y limitaciones físicas que presenta actualmente; teniendo presente las limitaciones a corto plazo en sus expectativas de vida.

La Angioplastia con Stent no está recomendada en su caso, de acuerdo a lo determinado por su Equipo Médico.

Confirmando que he leído y comprendido lo descrito en este documento y se me han aclarado todas mis dudas y preguntas por el médico que me ha atendido explicándome qué es, cómo se realiza, para qué sirve y las posibles complicaciones de la operación: Revascularización de Miocardio con By Pass Coronario.


Señalándome también los riesgos existentes, las posibles complicaciones o molestias y que éste es el procedimiento más adecuado o recomendable para mi situación clínica actual; por lo que autorizo en forma consciente para que se me efectúe el procedimiento detallado dejando presente que este consentimiento lo podría revocar en cualquier momento previo a que se efectúe.

Rechazo expresamente y por motivos religiosos que se me efectúen transfusiones de sangre, aunque ello exponga gravemente mi estado de salud o incluso ponga en riesgo mi vida; liberando al Hospital Clínico Viña del Mar y a todo el Equipo Profesional de toda responsabilidad por mi determinación.

Declaro haber leído y comprendido las páginas de este documento. Si el Médico considera que alguna de estas decisiones va en contra de los intereses del paciente, deberá notificarlo por conducto regular a la Justicia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-35
	Revascularización de Miocardio o By Pass Coronario con Rechazo de Transfusión	Rev. 04

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
 Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.
 Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.
 Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin **mencionar mi identidad**.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Revascularización de Miocardio o By Pass Coronario con Rechazo de Transfusión**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Revascularización de Miocardio o By Pass Coronario con Rechazo de Transfusión**.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

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

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

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

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Revascularización de Miocardio o By Pass Coronario con Rechazo de Transfusión** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

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

REVOCAACION:

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

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

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

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

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

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