

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-34

Revascularización del Miocardio o By Pass Coronario con o sin Circulación Extracorpórea

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____ (Nombre y dos apellidos del paciente)	
o el Sr./Sr _____ de _____ años de edad, Rut _____ (Nombre y dos apellidos del Representante Legal)	
en calidad de _____ de _____ (Representante legal o familiar)	_____ (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Restaurar la circulación de sangre a través de las Arterias Coronarias Obstruidas y evitar el Infarto al Miocardio y/o la Insuficiencia cardíaca

EN QUE CONSISTE LA REVASCULARIZACIÓN DEL MIOCARDIO O BY PASS CORONARIO CON O SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

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 el corazón o en forma pediculada, saltándose las zonas obstruidas por placas de aterosclerosis, 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 Mellitas, Infarto, obesidad u otras enfermedades adicionales.

El 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 exitosos del procedimiento 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 a 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. En un porcentaje pequeño de casos, éstos pueden molestarse meses o años después, en cuyo caso se retiran.

RIESGOS DE LA REVASCULARIZACIÓN DEL MIOCARDIO O BY PASS CORONARIO CON O SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

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%), sepsis, 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 accidentes cerebrovasculares ,flebitis u otras de menor incidencia. Dentro de este porcentaje, cualquiera de ellas puede ser muy grave y comprometer la sobrevida. Además pueden existir eventuales complicaciones de la anestesia, como reacciones adversas, alérgicas, inflamatorias o problemas dentales.

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 administrarán sedantes y analgésicos.

Recomendaciones que debo seguir a su término como paciente.

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 al corazón luego de recibir los puentes coronarias y que puede ser una recuperación completa

RIESGOS PERSONALIZADOS

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

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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

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

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
Más que una Clínica

CONSENTIMIENTO INFORMADO Revascularización del Miocardio o By Pass Coronario con o sin Circulación Extracorpórea

FL-CDM-34

Rev. 03

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 nombre

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 una **REVASCULARIZACIÓN DEL MIOCARDIO O BY PASS CORONARIO CPN O SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **REVASCULARIZACIÓN DEL MIOCARDIO O BY PASS CORONARIO CPN O SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **REVASCULARIZACIÓN DEL MIOCARDIO O BY PASS CORONARIO CPN O SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA**, 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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAACION

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____