



Consentimiento Informado Para  
Cirugía Bypass Arterial Periférico

## **Consentimiento Informado Para Cirugía Bypass Arterial Periférico**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Bypass Arterial Periférico

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la realización de una  
**CIRUGÍA DE BYPASS ARTERIAL PERIFERICO.**

## INFORMACIÓN

1. La hipótesis diagnóstica, consistente en insuficiente circulación arterial de las extremidades superiores o inferiores por oclusión de las arterias principales.
2. El tratamiento indicado consiste en hacer un bypass mediante el uso de una vena y/o una prótesis vascular llevando sangre hacia los segmentos distales a la oclusión.
3. Estoy en conocimiento de los riesgos derivados del rechazo del tratamiento propuesto, lo que ocasiona la persistente limitación del flujo arterial, sus síntomas y sus complicaciones (isquemia, necrosis, gangrena e infección de tejidos, trombosis, embolias distales, dolor de reposo, entre otros); sin embargo, he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que el revascularizar con un bypass es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico
4. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), incluyéndose dentro de estas, infarto agudo al miocardio, accidente cerebro vascular, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, neumopatías, entre otras.
5. **Dentro de las complicaciones propias de la realización de un bypass, se encuentran:**
  - Trombosis del bypass, (se tapa el bypass con coágulos)
  - Infección del bypass, lo que puede requerir tener que retirar el material protésico utilizado en su realización
  - Sangramiento y formación de hematomas, que pudiera requerir reparación quirúrgica
  - Amputación de la extremidad comprometida, por no lograr restablecer la condición de insuficiencia arterial existente
6. Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una reintervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.
7. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.
8. Durante el procedimiento quirúrgico, puede ser necesario el control del funcionamiento del
9. Bypass mediante una arteriografía intraoperatoria, que básicamente consiste en la administración de medio de contraste para evaluar la permeabilidad de la revascularización realizada. Para la este procedimiento, se necesita el uso de medio de contraste, que permite la correcta visualización de los vasos y de las eventuales lesiones existentes bajo imagen radiológica (Rayos X). El uso de medio de contraste tiene complicaciones propias a ello, como es el daño de la función renal secundario a la utilización de ese medio de contraste, tomándose regularmente las medidas para prevenir esta complicación. Algunos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al medio de contraste, el que es en base a yodo. Reacciones alérgicas graves pueden ocurrir, aunque son poco frecuentes. No es posible predecir su ocurrencia en forma certera mediante una prueba de alergia, por lo que si usted tiene conocimiento de alguna manifestación previa de alergia al yodo o frente a otra sustancia, deberá informarlo oportunamente a su médico
10. Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.
11. La circunstancia de la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada incluso en unidades de manejo de paciente crítico y mayores costos asociados.

12. La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudieran derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos
13. Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

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

También entiendo que, en cualquier momento 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 el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**BYPASS ARTERIAL PERIFERICO.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).