

Consentimiento Informado para Revascularización Miocárdica

Cirugía Cardiovascular
Clínica Dávila

Consentimiento Informado para Revascularización Miocárdica

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 al tratamiento quirúrgico de:
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.

INFORMACIÓN GENERAL

Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido la información que considero adecuada y que he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas, respecto de la intervención denominada **CIRUGÍA CORONARIA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA**, información que se ha referido entre otros, a los siguientes puntos:

1. La hipótesis diagnóstica, consistente en **CARDIOPATÍA CORONARIA**.
2. Entre las alternativas de tratamiento explicadas por mi Cardiólogo y el equipo de Cirugía Cardíaca, la Cirugía Coronaria es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.
3. La Revascularización miocárdica consiste en realizar puentes o by pass a las arterias que están obstruidas o semi obstruidas en su corazón, para lo cual se utilizan venas (safenas de las piernas) o arterias (mamaria interna derecha, izquierda o radial izquierda); el uso de una u otra opción será determinado según su patología, edad y enfermedades concomitantes, determinando el cirujano cual es la mejor opción para usted.
4. Para la realización de esta cirugía es necesario utilizar Circulación Extracorpórea; esto se realiza a través de una máquina que realizará la función del Corazón y del pulmón mientras el cirujano realiza los puentes o bypass para restablecer el flujo sanguíneo del corazón. Dicha máquina de Circulación extracorpórea la maneja el Perfusionista del equipo.
5. Utilidad de la Cirugía: La revascularización miocárdica permitirá que en los territorios isquémicos (territorios con bajo flujo sanguíneo) del corazón se reanude el flujo sanguíneo, resultando en la disminución o eliminación de los signos y/o síntomas, tales como dolor de pecho, dolor de mandíbula, dolor en brazo izquierdo, arritmias, cansancio, etc. Además de salvar células de su corazón que estaban sufriendo por la falta de flujo sanguíneo, evitando que estas mueran definitivamente.
6. *Indicaciones.* Existe suficiente evidencia que avala el tratamiento quirúrgico precoz y oportuno de los pacientes que presentan esta condición, lo que impacta favorablemente en la supervivencia de aquellos sometidos a cirugía coronaria. Esto está indicado principalmente en pacientes que tienen la función disminuida del ventrículo izquierdo y además con lesiones severas de las principales arterias del corazón, las cuales son: tronco coronario izquierdo, arteria coronaria descendente anterior, arteria coronaria circunfleja y arteria coronaria derecha.

7. *Complicaciones:* los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia, la circulación extracorpórea y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, son los siguientes

- Infarto cerebral.
- Infarto al miocardio.
- Infección de herida operatoria.
- Sangrado peri operatorio y transfusiones.
- Falla renal.
- Falla respiratoria.
- Y muy eventualmente la muerte.

La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o simultáneo, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados. Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera: el infarto cardíaco y eventualmente la muerte.

La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

He comprendido que esta cirugía es a corazón abierto, con anestesia general y con uso de circulación extracorpórea.

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 conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.

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).