

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos del mismo, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a** y a su equipo quirúrgico, a realizar la siguiente cirugía:....., que se realizará en-

2. Se me ha explicado que la enfermedad de las arterias coronarias se presenta cuando las arterias que suministran la sangre al músculo cardíaco se endurecen y estrechan. Esto se debe a la acumulación de colesterol y otros materiales -llamados placa- en la capa interna de las paredes de la arteria. Esta acumulación se llama arterioesclerosis. A medida que esta avanza, fluye menos sangre a través de las arterias, y como consecuencia de ello el músculo cardíaco no puede recibir la sangre o el oxígeno que necesita. Eso puede conducir a dolor en el pecho (angina) o a un infarto. La mayoría de los infartos ocurren cuando un coágulo súbitamente interrumpe el suministro de sangre al corazón, causando un daño cardíaco permanente.

3. Se me informado que la cirugía de bypass permite mejorar el flujo sanguíneo al corazón creando una nueva ruta o derivación alrededor de una sección obstruida o dañada de la arteria, pero que no cura la enfermedad cardíaca subyacente (arterioesclerosis). La operación consiste en interponer una sección de una vena de la pierna (safena interna) o de una arteria del pecho (mamaria interna) u de otra parte del cuerpo, con el fin de sortear la sección obstruida o dañada de la arteria coronaria. Un extremo del vaso utilizado (injerto) se suturará a la aorta ascendente, la gran arteria que transporta sangre rica en oxígeno del corazón al resto del cuerpo. El otro extremo del injerto se suturará a una arteria coronaria, debajo de la obstrucción. El procedimiento crea una nueva ruta por la que puede fluir la sangre para que el músculo cardíaco pueda recibir la sangre rica en oxígeno que necesita para funcionar adecuadamente. Durante la operación de bypass se abre el esternón, se detiene el corazón y la sangre circula por una máquina de circulación extracorpórea, que reemplaza el circuito corazón-pulmón. Antes de conectarlo a esta máquina, se le administra al paciente un diluyente de la sangre (anticoagulante) para evitar que ésta coagule.

4. La cirugía me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que la misma acarrea. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 4.1. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.
 - 4.2. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:
 - 4.2.1. Dehiscencia esternal;
 - 4.2.2. Mediastinitis
 - 4.2.3. Atelectasias, Neumonías, Distress Respiratorio. Edema agudo de pulmón.
 - 4.2.4. Hiperpotasemia/Hipopotasemia,
 - 4.2.5. Taponamiento Cardíaco.
 - 4.2.6. Accidentes cerebrovasculares
 - 4.2.7. Encefalopatía y trastornos Neurocognitivos.
 - 4.2.8. Hipertensión/Hipotensión arterial.
 - 4.2.9 Infarto Agudo de Miocardio, Arritmias y Trastornos de la Conducción.
 - 4.2.10. Disfunción Renal.
 - 4.2.11. Hemorragias.

5. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-

6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
8. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer en corto plazo un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular, e incluso la muerte.
9. Se me ha aclarado que la patología diagnosticada registra como alternativas terapéuticas el tratamiento farmacológico y la angioplastia coronaria, no siendo las mismas recomendables para tratar el estado actual de mi afección.-
10. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.-
11. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
12. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:.....-
13. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva de mi identidad.
14. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
15. He leído este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente:

Aclaración: **Documento:**

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2) Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: