

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
BYPASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

El Bypass Aorto-Iliaco o Aorto-Femoral, es un procedimiento que se realiza cuando usted padece de enfermedad arterial oclusiva aorto - ilíaca que produce insuficiente circulación arterial de este territorio y de las extremidades inferiores. Consiste en hacer un bypass mediante el uso de una prótesis vascular llevando sangre hacia los segmentos distales a la oclusión.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, 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.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Trombosis y oclusión del bypass o de sus ramas
- Sangrado a nivel de la prótesis o de otras estructuras intra abdominales
- Complicaciones de la herida operatoria, como hematomas, seroma y/o infección
- Infarto del Miocardio, dependiente de lesiones de arterias coronarias preexistentes
- Accidente vascular cerebral, dependientes de lesiones preexistentes de arterias carótidas y/o vertebrales
- Insuficiencia renal, ya sea por patología renal previa y/o por compromiso de las arterias renales
- Infección del bypass, puede requerir retirar el material protésico utilizado en su realización
- Sangrado y formación de hematomas, que pudiera requerir reparación quirúrgica intraabdominal
- Embolias distales al sitio del bypass
- Isquemia del colon, por alteración de su circulación dependiente de la aorta

- Isquemia y lesiones necróticas de difícil cicatrización
- Amputación de la(s) extremidad(es) comprometida(s), por no lograr restablecer la condición de insuficiencia arterial existente
- Impotencia sexual, secundaria a la disección quirúrgica alrededor de la aorta
- Isquemia de la médula espinal y paraplejia
- Hernias de la herida operatoria a futuro

Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una reintervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

Durante el procedimiento quirúrgico, puede ser necesario el control del funcionamiento del bypass mediante una arteriografía intraoperatoria, que básicamente consiste en la administración de medio de contraste para evaluar la permeabilidad de la revascularización realizada. Para 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 su utilización, 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.

La presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada incluso en unidades de manejo de paciente crítico y mayores costos asociados.

Existe la posibilidad de nuevos diagnósticos 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.

Los Riesgos derivados del rechazo del tratamiento propuesto, 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, el revascularizar con un bypass es la mejor indicación en este momento para su cuadro clínico.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Bypass Aorto-Iliaco o Aorto-Femoral**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL BYPASS AORTO-ILIACO O AORTO-FEMORAL, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)