

Consentimiento informado de cirugía de las arterias femoropoplíteas y distales

Nombre y apellidos del paciente

DNI

D./Dña. (*Representante legal, familiar o allegado*),.....

DNI

Nombre y apellidos del médico que informa

Nº de colegiado

Descripción del problema que Vd. presenta

La falta de llegada de sangre a sus piernas provoca dolor al caminar o incluso al estar acostado, y en casos extremos heridas dolorosas que no cicatrizan ò gangrena en alguna zona de sus pies.

¿En qué consiste la intervención?

Generalmente se realiza con anestesia epidural. A través de incisiones en su pierna se implanta un puente (by- pass) que salvará la arteria lesionada en su pierna. El material que se emplea puede ser vena de alguna parte de su cuerpo o prótesis. Puede ser necesario el empleo de rayos X e inyectar contraste en sus arterias para comprobar el resultado del procedimiento realizado.

Durante la intervención pueden surgir situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento previsto.

Objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta

Objetivo y beneficios:

En un alto porcentaje de casos se consigue que la sangre llegue otra vez a la pierna permitiendo en unos casos que el paciente camine más y en otros que no tenga dolor o que curen sus heridas, evitando la amputación. Este efecto tiene una duración limitada, dado que la arteriosclerosis es una enfermedad crónica y evolutiva provocando nuevas lesiones en sus arterias que hagan necesario posteriores intervenciones.

Riesgos generales:

1. De cualquier intervención: Infección, hemorragia, alteraciones cardiológicas, respiratorias y/o renales, defectos de cicatrización y trombosis venosa profunda. Estas complicaciones se suelen resolver con tratamiento médico, aunque a veces es necesaria una nueva intervención quirúrgica. En algunos casos pueden tener consecuencias graves.
2. Específicos del paciente: Los pacientes con arteriosclerosis tienen un riesgo superior al de otros pacientes de padecer durante la intervención o el postoperatorio complicaciones cardiorrespiratorias, renales y cerebrales, con posibilidad de secuelas graves e incluso muerte. La obesidad y/o la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, bronquitis crónica, etc. son factores que agravan el riesgo de complicaciones durante la intervención y en los días siguientes (postoperatorio).

Riesgos específicos de la operación:

1. Trombosis en la zona de la operación realizada, que obliga a una reintervención. En los casos más extremos puede ser necesaria la amputación de la pierna.
2. Sangrado por algún punto de su by-pass.
3. Infección de sus heridas y en algunos casos del propio by-pass.
4. Las heridas de la ingle pueden drenar un líquido claro (linfa) durante algún tiempo.
5. La pierna usualmente se hincha de forma temporal después de la cirugía.
6. Trombosis venosa de la pierna, que provoca dolor e hinchazón.
7. Reacciones alérgicas al contraste (náuseas, picores y enrojecimiento de la piel. Aunque muy raramente,

se pueden producir reacciones de gravedad extrema).

Alternativas:

Tratamiento analgésico paliativo en el caso que usted padezca dolor en reposo, que no le evita la amputación e incluso la muerte.

Tratamiento médico en los casos de claudicación. En los casos más severos (dolor en reposo o gangrena) esta alternativa tiene pocas posibilidades de ser efectiva.

Si usted, o algún familiar desean mayor información, no dude en consultar a cualquiera de los médicos del Servicio que le atienden.

RIESGOS PERSONALIZADOS (si procede, aparte de los referidos en el apartado 2 de riesgos generales):

Declaración de consentimiento:

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, acerca del procedimiento que se me va a practicar, El/La Dr./Dra. _____

Me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado los riesgos posibles y remotos, así como los riesgos en relación a mis circunstancias personales y las consecuencias que pudieran derivarse de mi negativa. Me ha informado de otras alternativas posibles. He recibido respuestas a todas mis preguntas. He comprendido todo lo anterior perfectamente. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

DOY MI CONSENTIMIENTO a la práctica del procedimiento que se me propone, por los facultativos del **Servicio de Cirugía Vascul**ar. Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee y deberé informar yo al equipo médico, del cambio de decisión.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____