



Consentimiento para colocación de un stent en la carótida

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

Las arterias carótidas son las principales arterias por las que llega la sangre al cerebro y hay dos, una en cada lado del cuello. El estrechamiento de estos conductos debido a la arteriosclerosis, es una de las principales causas de falta de riego cerebral (infarto cerebral). El tejido dañado no se recupera. Un infarto cerebral puede manifestarse desde una leve desviación de la comisura bucal, hasta la parálisis de medio cuerpo (hemiplejía) e incluso la muerte.

¿En qué consiste la intervención?

El stent de carótida supone la introducción de un dispositivo que adopta la configuración de un muelle en forma de tubo con malla metálica, que dilata el estrechamiento de dicha arteria a nivel del cuello. La introducción de este dispositivo se puede realizar a través de la arteria femoral (ingle), humeral (brazo), carótida común (cuello).

Todo este procedimiento se realiza con control mediante el empleo de rayos X y la inyección de material de contraste dentro de la arteria. Durante la intervención pueden surgir situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento previsto.

Después de la intervención deberá permanecer en la Unidad de Reanimación y posteriormente, si no hay complicaciones, se le trasladará a su habitación.

Objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta

Objetivo y beneficios:

Dilatar el segmento estenosado (estrechado) de esta arteria de una forma menos agresiva que con la cirugía convencional. Esta dilatación reduce el riesgo de padecer síntomas neurológicos como consecuencia de la trombosis y embolización que produce esta lesión.

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 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 mortalidad y riesgo de padecer accidente cerebrovascular grave en este tipo de procedimientos es menos del 5%. 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. Hematoma, sangrado o trombosis de la arteria puncionada
2. Reacciones alérgicas al contraste (náuseas, picores y enrojecimiento de la piel. Aunque muy raramente,

se pueden producir reacciones de gravedad extrema).

3. Puede sufrir un accidente cerebrovascular transitorio o un infarto cerebral.

Alternativas:

El tratamiento con fármacos antiagregantes reduce el riesgo de padecer síntomas neurológicos pero en menor grado que con la intervención.

La cirugía convencional es igualmente efectiva, pero en su caso implicaría mayores riesgos. Por ello la intervención que se le ha propuesto es la más adecuada.

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 Vascular**. 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____