



hm hospitales

Consentimiento informado para intervención quirúrgica de angioplastia-stent aortoiliaco y de extremidades

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 extremidades provoca dolor (al realizar algún esfuerzo o incluso en reposo) y, en casos más severos, heridas dolorosas que no cicatrizan o gangrena.

¿En qué consiste la intervención?

Se le aplica anestesia local o epidural. A través de la punción de la arteria femoral u otras arterias se introducen catéteres y guías que permiten visualizar la lesión y recanalizarla. A continuación se dilata con un balón, a una presión establecida. Si después de esto la lesión no se ha dilatado suficientemente, se coloca dentro de la luz arterial una malla metálica (stent), como un muelle expandible y que adopta la configuración de un tubo, de forma que mantenga abiertas las paredes de la arteria, adecuadamente separadas y permeables, facilitando la correcta irrigación de la zona correspondiente.

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.

Objetivo, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta:

Dilatar el segmento estenosado (estrechado) de la/s arteria/s afectada/s para que la sangre llegue de forma adecuada a su extremidad, cediendo las molestias y permitiendo la cicatrización de sus heridas. 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 mortalidad en este tipo de procedimientos es menor del 1%. 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 de la arteria tratada y embolización del trombo a alguna zona de la pierna.
2. Hematoma, sangrado y trombosis en el sitio de inserción del catéter.
3. Reacciones alérgicas al contraste (náuseas, picores y enrojecimiento de la piel. Aunque muy raramente, se pueden producir reacciones de gravedad extrema).

Alternativas:

La cirugía convencional se reserva para casos en los que la lesión de la arteria no se puede tratar mediante este procedimiento, dado que las complicaciones son mayores y el postoperatorio más prolongado. 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:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

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

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTO RIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20____