



hm hospitales

Consentimiento informado para cirugía y by pass extraanatómico

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 isquemia de las extremidades inferiores es una enfermedad que se caracteriza por la falta circulación sanguínea en las piernas. Esto se debe a que las arterias que conducen la sangre presentan lesiones que las estrechan u obstruyen, manifestándose por la aparición de dolor en sus piernas al caminar, dolor en reposo, o la aparición de heridas o gangrena en sus pies.

Por otra parte, su estado general no permite la realización de intervenciones agresivas, que implicarían en usted un riesgo quirúrgico no asumible.

¿En qué consiste la intervención?

En realizar un puente (by-pass) que lleve la sangre a la extremidad afectada de isquemia. En algunos casos precisa anestesia general.

Este by-pass se tuneliza por territorios poco profundos de su cuerpo, evitando una cirugía agresiva. Una vez realizada la intervención puede notar el trayecto del by-pass debajo de su piel.

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

Objetivos, beneficios, riesgos y alternativas de la intervención propuesta.

Mejorar la irrigación sanguínea de sus extremidades, disminuyendo el riesgo de amputación y eliminando el dolor en sus piernas.

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 del by-pass que puede implicar la reintervención y a veces la amputación de la extremidad.
2. Sangrado en algún punto de su by-pass.
3. Infección de sus heridas y/o del by-pass.
4. Si se realizan incisiones en sus ingles existe el riesgo de drenaje de líquido claro (linfa) durante algún tiempo.
5. Una vez realizada la intervención puede notar edema (hinchazón por acumulación de líquido) de la extremidad intervenida, que cederá progresivamente.

Alternativas:

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

Tratamiento médico con vasodilatadores que puede mejorar de forma discreta su falta de circulación sin evitar, en la mayor parte de los casos, el riesgo de amputación.

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 Vasculár**. 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____