



# Consentimiento informado para tratamiento de revascularización de las arterias digestivas

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 oclusión de las arterias que irrigan su intestino pueden provocar dolor al comer y, en casos más severos, gangrena del aparato digestivo que puede ser mortal. Si esta obstrucción se presenta de forma aguda provoca la muerte si no se interviene con prontitud.

## ¿En qué consiste la intervención?

Su problema se puede resolver a través de cirugía convencional que se realiza con anestesia general a través de una incisión abdominal. La intervención puede consistir en retirar el trombo de la arteria o suturar un conducto (by-pass) que salve la obstrucción. A veces es necesario extirpar algún segmento de intestino. Horas después de acabada la intervención puede ser necesario hacer una revisión quirúrgica del aparato digestivo. La intervención puede precisar transfusión sanguínea e ingreso en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). 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 los casos de trombosis aguda la intervención pretende salvarle la vida. En las formas crónicas lo que se pretende es que pueda tolerar la alimentación sin dolor y evitar que la evolución de la enfermedad pueda provocar una gangrena intestinal.

### 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 es elevada en los casos agudos. En los casos crónicos tratados mediante cirugía la mortalidad operatoria es del 10%. 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 o de la arteria desobstruida y/o dilatada, infarto intestinal y sangrado.
2. Parálisis intestinal.
3. Infección de la herida operatoria y a veces del by-pass.

**Alternativas:**

Tratamiento analgésico paliativo que no resolvería el riesgo de necrosis de su aparato digestivo y la muerte.

Si usted, o algún familiar desea 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\_\_\_\_