

# Consentimiento informado tromboembolictomía

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

Se le ha detectado un problema en una arteria, que está obstruida por un trombo (coágulo), produciendo una falta de llegada de sangre al brazo o pierna (isquemia). Si no se desobstruye dicha arteria, existe un alto riesgo de pérdida de la extremidad.

## ¿En qué consiste la intervención?

La operación consiste en desobstruir dicha arteria con un catéter especial y repararla posteriormente. Durante la intervención pueden surgir situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento previsto. Puede ser necesario realizar, durante la cirugía, una *arteriografía*, que consiste en inyectar contraste a través de las arterias y visualizarlas por rayos X.

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

### Objetivo y beneficios:

El objetivo de esta intervención es mejorar el riego sanguíneo en la extremidad y evitar la amputación.

### 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:* 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 y trombosis en la zona intervenida.
2. Si se tiene que realizar la arteriografía, pueden producirse reacciones alérgicas al contraste (náuseas, picores y enrojecimiento de la piel. Aunque muy raramente, se pueden producir reacciones de gravedad extrema).
3. Trombosis de la arteria operada, que puede desencadenar la necesidad de amputar la extremidad o sangrado de la arteria reparada.
4. Edema (hinchazón de la extremidad por acumulo de líquido).
5. Complicaciones neurológicas: falta de sensibilidad en algunas zonas de la extremidad o dolores neuropáticos.

**Alternativas:**

Se podría intentar un tratamiento con medicamentos anticoagulantes y otros que mejoren la circulación arterial, pero la mayoría de las veces la falta de riego sanguíneo es tan grave que no son eficaces y se produce la pérdida de la extremidad, siendo necesaria la amputación, sobre todo si se retrasa la cirugía.

*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\_\_\_\_