

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMBOLECTOMÍA Y TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se le va a extraer un trombo o coágulo de un vaso sanguíneo que está obstruyendo el flujo de sangre en la extremidad, con el riesgo de producir gangrena y provocar una infección generalizada o la pérdida de la misma.

Se hace un corte en la piel y en el vaso sanguíneo que tiene el coágulo por el que se introduce una sonda para extraerlo. Después se realiza un lavado con una solución anticoagulante y se sutura el vaso sanguíneo. Es posible que además se haga una prueba con medio de contraste (angiografía o venografía) para visualizar el vaso afectado. Para este procedimiento se requiere anestesia local.

De manera habitual es necesario el uso de anticoagulantes antes, durante y/o después de la intervención, para ayudar a mantener la permeabilidad arterial.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

Para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa.

La finalidad es eliminar el coágulo que obstruye la arteria y evitar la pérdida de la extremidad e infecciones generalizadas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección de la herida.
- Hematoma en el sitio de la punción.
- Flebitis (inflamación de las venas).
- Cicatrización anómala.
- Molestias o dolor en la zona de la operación.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Embolia del miembro superior que puede liberar un coágulo que produzca embolismo cerebral con graves secuelas.
- Isquemia (falta de aporte de sangre).
- Reacción alérgica a la medicación empleada.
- Lesiones arteriales que precisen de injertos o prótesis vasculares.

- No poder extraer el coágulo.
- No responder al tratamiento y tener que amputar la extremidad.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “EMBOLECTOMÍA Y TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Firma del representante legal: