



## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

|   |  |
|---|--|
| <b>HOSPITAL</b>   | <b>SERVICIO DE CIRUGÍA<br/>CARDIOVASCULAR</b>  |
| <b>1</b>  | <b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LOS ANEURISMAS PERIFÉRICOS</b> |
| <p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.</p> <p><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> Le atenderemos con mucho gusto.</p> <p>(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.</p>   |  |
| <b>1.1</b>  | <b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>  |
| <b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:</b>   |  |
| <p>Los aneurismas periféricos son dilataciones de las arterias de las extremidades superiores e inferiores. Estas dilataciones tienen tendencia a crecer. Su crecimiento puede provocar complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Rotura: con la consiguiente hemorragia, generalmente muy importante. Puede poner en peligro la vida del paciente.</li><li><input type="checkbox"/> Trombosis: supone que el flujo de sangre se interrumpe. Esto hace que el territorio que irrigaba esta arteria se quede sin sangre. Puede suponer la pérdida de la extremidad.</li><li><input type="checkbox"/> Embolización: en el interior del aneurisma se forman coágulos que se desprenden y provocan embolias a distancia. Las consecuencias serán más o menos graves según la extensión y el territorio afectado.</li></ul> <p><b>Usted ha sido diagnosticado de.....</b><br/>Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones oportunas, y creemos que debe realizarse el tratamiento de su patología. En su caso, el grado de dilatación y/o las características de esta dilatación hacen que el riesgo de complicaciones graves sea muy elevado. Por eso le recomendamos la reparación quirúrgica.</p> <p><b>Intervención propuesta en su caso.....</b></p> |  |
| <b>CÓMO SE REALIZA:</b>   |  |
| <p>Realizaremos un abordaje quirúrgico de la arteria enferma mediante incisiones en sus extremidades. Una vez identificadas las lesiones, eliminaremos el segmento dilatado y, si no es posible, lo aislaremos de la circulación (al no llegarle sangre, se trombosará e irá disminuyendo a lo largo del tiempo). Para sustituir a la arteria afectada colocaremos un injerto (si es posible con venas del propio paciente o si no con material protésico). La sangre pasará a través del injerto y se distribuirá por la extremidad.</p> <p>El servicio de Anestesiología le detallará en qué consiste la anestesia, así como sus posibles riesgos y complicaciones.</p>   |  |

Si su estado de salud o la complejidad del tratamiento lo aconsejan, puede ser necesario ingresar en una unidad de cuidados especiales (UCI, Reanimación), para un mejor control postoperatorio. Una vez estabilizado, ingresará en la planta de hospitalización hasta completar su recuperación.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

El objetivo de la cirugía es intentar solucionar el problema de la arteria mediante eliminación del segmento arterial dilatado (o exclusión de la circulación si esto no es posible), y la colocación de un by-pass que sustituya a este segmento de arteria.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

El beneficio de este tipo de cirugía consiste en evitar las complicaciones o bien, intentar corregirlas si éstas ya se han presentado.

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Si le proponemos este procedimiento es porque opinamos, tras valorar riesgos y beneficios, que es la técnica más adecuada para tratar su problema y que usted va a mejorar después del tratamiento.

Si decide no operarse, existe un riesgo importante de accidente y complicaciones: rotura, isquemia (falta de sangre) en otras localizaciones, embolias, etc. Dichas complicaciones muchas veces hacen necesaria una intervención urgente, con menos garantías que el procedimiento electivo y con riesgo de complicaciones y de muerte mucho más elevadas. Estaremos a su total disposición si su médico lo considera necesario, aparecen complicaciones o cambia de opinión y finalmente decide optar por el tratamiento quirúrgico.

Una alternativa a la intervención quirúrgica abierta serían las terapias endovasculares (endoprótesis colocadas por cateterismo). Estas técnicas no siempre son posibles, o pueden no estar indicadas, como es su caso.

Se trata de una cirugía compleja, y no exenta de posibles complicaciones, pero en su caso, consideradas todas las posibilidades, le recomendamos esta opción puesto que es la que le ofrece más garantías.

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Cicatrices en las zonas de incisión. Suelen ser cicatrices extensas a lo largo de toda la extremidad.
- Hematomas, más o menos extensos.
- Dolores o molestias los días después de la intervención, que suelen mejorar con analgésicos.
- Usted llevará un by-pass (una prótesis), y tendrá que tomar medicación de por vida (antiagregantes).

• **LOS MÁS INFRECIENTES:**

- Los propios de la anestesia, tal como le informará su anestesiólogo.
- Infección de la herida. Cicatrices queloides (gruesas, de aspecto violáceo, poco estéticas). Alteraciones de la sensibilidad en la pierna.
- En caso de sangrado masivo, puede ser necesario realizar transfusiones de sangre y/o sus hemoderivados.
- Lesiones nerviosas (dolor, irritación, parálisis, dificultades motoras, etc.) o venosas (trombosis, fístulas arteriovenosas, etc.) por la manipulación quirúrgica de dichas estructuras durante la intervención.
- Trombosis del injerto. Este hecho provoca isquemia, que puede ser grave y puede suponer la pérdida de la extremidad.
- En ocasiones es necesario realizar arteriografías durante la intervención quirúrgica. Este procedimiento implica la administración de sustancias de contraste, y someter al paciente a exploraciones con rayos X. El contraste que se utiliza puede provocar, aunque raras veces, reacciones alérgicas más o menos graves, y también puede empeorar la función de los riñones.
- Complicaciones generales como insuficiencia respiratoria, neumonía, insuficiencia renal, infarto agudo de miocardio, trombosis venosa y embolia pulmonar, fallo cardiaco, descompensación diabética, parálisis intestinal, isquemia intestinal, isquemia cerebral y otras. Estas complicaciones son tanto más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.

Las complicaciones pueden hacer imprescindible nuevas intervenciones quirúrgicas para solucionarlas. Si se presentasen, Vd. y/o sus familiares serían informados tan pronto fuera posible, tanto de la complicación como de las medidas que se propongan o adopten para intentar resolverla.

• **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

En cualquier momento puede producirse un agravamiento de las enfermedades o problemas de salud previos que requieran actuación especial.

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

**HOSPITAL**

**SERVICIO DE CIRUGÍA  
CARDIOVASCULAR**

**1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS**

En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.



Sociedad Andaluza de  
Cirugía Cardiovascular

**SOCIEDAD ANDALUZA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y ENDOVASCULAR**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>HOSPITAL</b>  |  | <b>SERVICIO DE CIRUGÍA<br/>CARDIOVASCULAR</b> |  |
| <b>2 CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>  |  |   |  |
| <b>2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE</b> (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente) |  |   |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE   |  | DNI / NIE                                     |  |
| APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL  |  | DNI / NIE                                     |  |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <b>2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O<br/>CONSENTIMIENTO</b> |       |       |
| APELLIDOS Y NOMBRE   | FECHA | FIRMA |
| APELLIDOS Y NOMBRE   | FECHA | FIRMA |
| APELLIDOS Y NOMBRE   | FECHA | FIRMA |
| APELLIDOS Y NOMBRE   | FECHA | FIRMA |
| APELLIDOS Y NOMBRE   | FECHA | FIRMA |

|   |  |
|---|--|
| <b>2.3 CONSENTIMIENTO</b>   |  |
| <p>Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.</p> <p>NOTA: Márquese con una cruz.</p> |  |
| EL/LA PACIENTE  | EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente) |
| Fdo.:   | Fdo.:  |

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>HOSPITAL</b> | <b>SERVICIO DE CIRUGÍA<br/>CARDIOVASCULAR</b> |
|-----------------|---|

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.: