



FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA	SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA DE LA ESTENOSIS CAROTÍDEA
<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>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. 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>	
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:	
<p>Las carótidas son las arterias encargadas de llevar la sangre al cerebro y otras partes de la cabeza. Se sitúan en los dos lados del cuello. Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones oportunas, encontrando una enfermedad en sus arterias del cuello que le producen una disminución de la circulación en el cerebro.</p> <p>Este estrechamiento está provocado por la arteriosclerosis. El estrechamiento puede progresar hasta provocar una obstrucción. A veces también se forman pequeños coágulos o trombos que también pueden provocar embolias. En ambos casos puede producirse daño en el cerebro (accidente vascular cerebral) por déficit de irrigación sanguínea. Estos daños serán más o menos graves según la extensión y localización del área afectada.</p> <p>Tiene el riesgo muy probable, de que la evolución de esta enfermedad le ocasione una complicación grave (parálisis del cuerpo, pérdida de la capacidad del habla, pérdida de la visión del ojo e incluso la muerte).</p> <p>Para evitarlo y mejorar la circulación cerebral, le proponemos una intervención quirúrgica consistente en desobstruir la arteria lesionada o implantar un puente/injerto que derive la sangre de forma correcta hacia el cerebro. Muchas veces es preciso implantar un parche de material protésico, para conservar un calibre adecuado de la arteria.</p> <p>En ningún caso se realiza esta intervención para mejorar déficits neurológicos que ya existan.</p> <p>Intervención propuesta en su caso.....</p>	
CÓMO SE REALIZA:	
<p>Para proceder a la intervención quirúrgica, se realizará una incisión en el cuello. Se localizará la arteria afectada y la lesión. Se abrirá la arteria y se limpiará su interior. Para cerrar la arteria, puede hacerse directamente o utilizando un parche protésico o una de sus venas.</p> <p>La intervención se realizará bajo anestesia general. El servicio de Anestesiología le detallará en qué consiste este tipo de anestesia, así como sus posibles riesgos y complicaciones.</p> <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.</p>	

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

El objetivo consiste en eliminar la obstrucción existente y mejorar el flujo de sangre a su cerebro, disminuyendo el riesgo de complicaciones.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El objetivo de la cirugía es intentar solucionar el estrechamiento de la arteria. De este modo pretendemos reducir el riesgo de que las embolias y/o la falta de irrigación provoquen daños en su cerebro.

En ningún caso se realiza esta intervención para mejorar déficits neurológicos que ya existan.

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, debe saber que existe un riesgo muy alto de complicaciones, incluso de muerte. Debería seguir controles médicos periódicos. 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 el cuello. En algunos casos también en la pierna, si ha sido necesario obtener una vena para utilizar de injerto.
- Dolores o molestias los días después de la intervención, que suelen mejorar con analgésicos.
- Usted tendrá que seguir controles periódicos. Probablemente tendrá que tomar medicación de por vida.

- **LOS MÁS GRAVES O 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 zona del cuello.
- En caso de sangrado masivo, puede ser necesario realizar transfusiones de sangre y/o hemoderivados.
- Locales como una hemorragia, trombosis del procedimiento realizado, infección de la prótesis o de las heridas operatorias, que pueden obligar a una reintervención inmediata o tardía.
- Complicaciones neurológicas:
 - Por lesión de los nervios que pasan por la zona: parálisis facial, dificultades al tragar, afonía o disfonía.
 - Embolias o infartos cerebrales durante la cirugía. Aunque son poco frecuentes, pueden suponer complicaciones graves (parálisis o debilidad permanente de las extremidades, coma, trastornos del habla, etc.) e incluso comprometer la vida del paciente.
 - Durante la intervención, debido a la manipulación quirúrgica y a la interrupción del flujo sanguíneo cerebral, se puede producir un accidente cerebral, semejante al que se intenta prevenir. Esto ocurre en pocos casos (2-4% de las intervenciones).
- Generales comunes a cualquier acto quirúrgico, isquemia cerebral, infarto agudo de miocardio, neumonía, fallo cardíaco, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, descompensación diabética, y otras. Estas complicaciones son tanto más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas.

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

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

HOSPITAL		SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
2 CONSENTIMIENTO INFORMADO			
2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (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	

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
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

2.3 CONSENTIMIENTO	
<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> <p align="center"> EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente) </p> <p>Fdo.: Fdo.:</p>	

HOSPITAL	SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
-----------------	---

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.: