

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA ESPECIALIDAD DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La circulación del cerebro depende sobre todo de las arterias carótidas. Si se estrechan de forma importante (estenosis carotídea) disminuye la cantidad de sangre que llega al cerebro, y pueden producirse síntomas como pérdidas de fuerza, parálisis o dificultad para hablar o comprender. Si se cierra la arteria por completo lo habitual es una "trombosis cerebral", con secuelas importantes y en muchas ocasiones mortal.

Esta intervención consiste en "limpiar" la arteria por dentro". Se realiza a través de una herida en la zona lateral del cuello. Una vez limpia, puede dejarse de su tamaño inicial o "ampliarse" con un parche de material sintético o con una vena. Si se utiliza la vena se necesita una herida en otra zona para conseguirla.

La anestesia puede ser general o local (regional), dependiendo del caso y la valoración de los anestesiólogos. Ellos me explicarán las posibilidades, sus ventajas, sus riesgos y sus complicaciones.

Es posible que durante o después de la operación necesite una transfusión de sangre o derivados. Me informarán desde el Banco de Sangre, pero es necesario decírselo a mi médico si tengo algún problema al respecto.

Después de la operación lo normal es que pase las primeras horas en una unidad de vigilancia especial (UVI, Reanimación)

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Las intervenciones sobre las arterias carótidas se hacen normalmente sólo para evitar que se obstruyan, y NO VA A HABER NINGÚN CAMBIO EN LOS SÍNTOMAS SI YA EXISTEN DEFECTOS NEUROLÓGICOS ESTABLECIDOS. Sólo se pretende reestablecer el flujo normal hacia el cerebro para evitar la aparición de los síntomas descritos o la repetición en caso de haber presentado ya un infarto cerebral.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Como alternativa para el tratamiento de estas lesiones en algunos casos se pueden realizar técnicas endovasculares (con catéteres por dentro de las arterias). En otras ocasiones se puede sustituir el segmento de carótida lesionado (pasabas carotídeo).

También es posible NO actuar sobre la carótida y sólo hacer que la sangre esté más fluida con medicamentos (antiagregantes / anticoagulantes).

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Que se produzca un infarto cerebral. ¿Por qué?.

Para realizar esta intervención es necesario cerrar el paso de sangre al cerebro durante unos minutos (clampaje carotídeo), y aunque se utilizan distintas técnicas para proteger el cerebro, siempre es posible que se produzca un daño cerebral durante la intervención, con síntomas que pueden aparecer después de la operación o en las horas o días siguientes.

La zona que se limpia queda habitualmente "rugosa" y se pueden formar trombos en esa superficie que cierren la arteria (trombosis) y que se muevan hacia el cerebro (embolización).

Que llegue “demasiada sangre” al cerebro (repercusión). Aparecerá dolor de cabeza, adormecimiento o desorientación.

Que se produzca una hemorragia o un hematoma en el cuello. Puede ser especialmente grave si dificulta la respiración y obligar a una operación urgente.

Puede irritarse o lesionarse alguno de los nervios que pasan por el cuello, y aparecer ronquera, afonía, dificultad para mover la lengua o masticar, o acorchamiento del cuello, el labio o el lóbulo de la oreja. Suelen desaparecer, pero a veces se mantienen durante mucho tiempo.

Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y necesitar una nueva operación de forma urgente.

También comprendo que a veces pueden aparecer complicaciones a nivel de las heridas (hematomas, líquido acumulado (linforragias, seromas) o infecciones).

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Puede ocurrir que la zona de la arteria “estrechada” puede seguir estrechándose hasta cerrarse o fragmentarse enviando parte del trombo hacia el cerebro, produciéndose un infarto cerebral.

RIESGOS FRECUENTES

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Aunque la técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación. Pueden ser inesperadas o relacionarse con mi situación general (diabetes, obesidad, hipertensión, cardiopatía, etc.):.....

Durante la operación pueden producirse situaciones o hallazgos que obliguen a modificar la estrategia que inicialmente me han explicado, o que hagan necesarias otras técnicas.

Con el tiempo pueden volver a producirse estrechamientos en la misma arteria (reestenosis) que me produzcan los mismos problemas, y que incluso necesiten una nueva operación.

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA