

# Documento de consentimiento informado recanalización de venas abdominales

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

N. Historia Clínica \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le informa \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

La recanalización de venas abdominales es una intervención con la que intentamos solucionar la estrechez u obstrucción que usted padece en una o varias de las venas del abdomen (vena cava inferior, venas iliacas, venas hepáticas o venas renales) como consecuencia de su enfermedad. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después del procedimiento, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

## EN QUÉ CONSISTE LA RECANALIZACIÓN DE VENAS ABDOMINALES

Se le pinchará una vena en la ingle, el cuello o el brazo, utilizando anestesia local. A continuación se introducirá un tubo (catéter) que llegará a las venas abdominales enfermas, para aplicarle, en ese lugar, el procedimiento que pueda resolver la obstrucción. Se inyectará un líquido (medio de contraste) a través del tubo, lo que nos permitirá ver sus venas y llevar a cabo la intervención. Le podremos resolver la obstrucción de las venas abdominales enfermas por uno o varios de estos métodos: dilatándole la estrechez mediante un catéter-balón, colocándose una prótesis (stent) para que la vena permanezca abierta, disolviéndole el coágulo de sangre mediante agentes químicos (fibrinólisis) o bien, aspirándole el coágulo por medios mecánicos. Esta intervención durará, aproximadamente, entre 1 y 2 horas. Se podrá utilizar sedación para evitarle molestias durante la misma. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma, por los hallazgos encontrados, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

## RIESGOS DE LA RECANALIZACIÓN DE VENAS ABDOMINALES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

### Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

### Por la técnica que vamos a realizar:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Lesión del vaso sanguíneo que estamos tratando (trombosis, disección, rotura) lo que puede ocasionar complicaciones muy graves y requerir intervención.
- Puede soltarse un coágulo y obstruir un vaso a distancia (embolia).
- Puede producirse una embolia en el pulmón, lo que puede dar lugar a complicaciones graves.
- Hemorragia en otras zonas del organismo cuando utilizamos sustancias químicas para disolver el coágulo.
- Desplazamiento de la prótesis (stent) a lugares no deseados, pudiendo ocasionar complicaciones graves y requerir tratamientos adicionales.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están

disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

---

## QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, la alternativa sería la cirugía directa sobre las venas mediante intervención quirúrgica.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la RECANALIZACIÓN DE VENAS ABDOMINALES.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

## DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

## REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha \_\_\_\_\_, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**MÉDICO INFORMANTE:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

**TESTIGO:**

\_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

\_\_\_\_\_  
D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma: