

Documento de consentimiento informado embolización de fístula arteriovenosa

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

La embolización vascular es una intervención cuyo objetivo es taponar los vasos sanguíneos (arterias y/o venas) anormales de la fístula arteriovenosa que usted presenta y de esta forma mejorar los síntomas secundarios a la misma. Dada la complejidad de este tipo de lesiones es posible que sea necesario realizar más de una sesión de tratamiento para obtener un resultado positivo. 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 EMBOLIZACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Se le pinchará un vaso sanguíneo, generalmente en la ingle, utilizando anestesia local. A continuación se introducirá un tubo (catéter) por el que se inyecta un líquido (medio de contraste) que permitirá ver los vasos sanguíneos anómalos. Posteriormente se avanzará el catéter hasta los vasos sanguíneos afectados y se introducirán distintos materiales (espirales metálicas (coils), tapones vasculares, pegamentos, balones de oclusión, etc.), solos o combinados, para ocluir dichos vasos. Esta intervención durará, aproximadamente, entre 2 y 3 horas. Se utilizará sedación y analgesia 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 EMBOLIZACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA

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).
- Pueden producirse síntomas tales como malestar, dolor local, fiebre, náuseas y vómitos, que pueden persistir varios días y que habitualmente ceden con tratamiento médico.
- Obstrucción (trombosis, embolia) de vasos sanguíneos en lugares no deseados (venas o arterias sanas), lo que podría dar lugar a complicaciones graves y requerir tratamientos adicionales.
- Desplazamiento del material de embolización a lugares no deseados, pudiendo desplazarse y quedar alojado en el pulmón lo que podría dar lugar a complicaciones graves.
- Lesión de vasos sanguíneos durante el cateterismo (dissección, trombosis, rotura).
- Pérdida de la irrigación sanguínea (isquemia, infarto), parcial o completa, del órgano donde está localizada la fístula que se está tratando, lo que puede conducir a la disminución o pérdida de la función del mismo.
- Atrapamiento del catéter en el caso de utilizar pegamentos, lo que obligaría a dejarlo de forma permanente dentro de la circulación sanguínea.

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 el tratamiento 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 EMBOLIZACIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA.

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: