

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FIBRINÓLISIS INTRA-ARTERIAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La fibrinólisis consiste en la utilización de fármacos fibrinolíticos (agentes disolventes de trombos y coágulos de sangre), que se utilizan para disolver los coágulos que obstruyen las arterias o un by-pass.

La técnica consiste en pinchar una arteria de la ingle o del brazo y desde ese punto, introducir un catéter hasta la zona obstruida, mediante control con rayos X. Se inyecta un medio de contraste que nos permite detectar con gran precisión donde está el trombo. A continuación se introduce el fármaco fibrinolítico, que estará fluyendo dentro del trombo durante varias horas. Serán necesarios controles con arteriografía para ir valorando el resultado del tratamiento.

En ocasiones además del fármaco fibrinolítico se utilizan unas sondas especiales que fragmentan y aspiran el trombo.

Cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones por los hallazgos encontrados para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

Puede ser necesario su ingreso y control en la Unidad de Cuidados Intensivos durante este tratamiento.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia y/o sedación, más adecuado en su caso.

La finalidad de la técnica es resolver la obstrucción de la/s arteria/s, para restablecer el flujo sanguíneo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Por la técnica realizada:

- Sangrado en el lugar de la punción.
- Lesión en la pared del vaso (trombosis, disección y/o rotura).
- Hemorragia interna (digestiva, hematoma retroperitoneal).
- Pueden formarse trombos y hacer que deje de llegar sangre al brazo o la pierna (isquemia) o que se suelte un coágulo con obstrucción de un vaso a distancia (embolia).
- Arritmia cardiaca.
- Pueden quedar "comunicadas" la arteria y la vena que está a su lado (fístula arterio-venosa).
- Dilatación en la zona de la arteria pinchada (pseudoaneurisma).

Riesgos de los fármacos fibrinolíticos:

- Hemorragia durante el procedimiento o tras él, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.

- Hemorragia cerebral.
- Reacción de alergia o intolerancia.

Otros riesgos:

- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía directa sobre los vasos.

La no realización de cualquiera de estos procedimientos condiciona isquemia del miembro u órgano afectado con pérdida de su función.

AUTORIZACIÓN PARA "FIBRINÓLISIS INTRA-ARTERIAL"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D^a. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: