

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECANALIZACIÓN ENDOVASCULAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La recanalización vascular es una intervención que se utiliza para abrir los vasos sanguíneos que se encuentran bloqueados u obstruidos.

Se puede resolver por uno o varios de métodos:

- Dilatación de la estrechez u obstrucción mediante un catéter-balón.
- Colocación de una prótesis para que el vaso permanezca abierto, disolviendo el coágulo de sangre por agentes químicos (fibrinólisis).
- Aspiración/fragmentación del coágulo por medios mecánicos.

Se coloca un tubo fino (catéter) dentro de la arteria o vena que está bloqueada u obstruida. Al final del catéter hay un pequeño balón o globo inflable, un cilindro metálico fino o prótesis (stent) o un dispositivo que fragmenta/aspira el coágulo. Esto hace que la arteria o vena se abra permitiendo el paso de la sangre en el área afectada.

Para la realización de estos procedimientos se utilizan los rayos X y contraste yodado para guiar el catéter exactamente al lugar apropiado para la recanalización del vaso.

Se utilizará sedación para evitarle molestias durante la intervención.

La finalidad es restaurar la circulación de la sangre a sus tejidos, y aliviar los síntomas sin necesidad de cirugía.

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:

- Hematoma en el lugar de punción.
- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Obstrucción venosa (trombo).
- Lesión en la pared del vaso que estamos tratando (trombosis, disección y/o rotura).
- Hemorragias en otras zonas del organismo, cuando utilizamos sustancias químicas para disolver el coágulo. Esto puede producir la muerte en 1 de cada 100 pacientes.
- Amputación de un miembro (muy rara).
- 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. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. 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.

AUTORIZACIÓN PARA “RECANALIZACIÓN ENDOVASCULAR”

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./Dª. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

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:



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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: