

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TROMBECTOMÍA VENOSA FÁRMACO-MECÁNICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La recanalización vascular es una intervención con la que intentamos solucionar un problema de retorno venoso debido a una oclusión masiva por un trombo agudo en las venas de las extremidades superiores o inferiores y/o de la vena cava inferior. La situación es grave con riesgo para su vida, riesgo alto de embolia de pulmón y de padecer secuelas definitivas importantes.

El procedimiento consiste en pinchar una vena en la ingle bajo anestesia local. Se introduce un tubo fino (catéter) y se inyecta un líquido, medio de contraste, que permite detectar la zona donde está el trombo. A continuación se realiza una trombectomía mecánica (aspiración del trombo).

Otras veces, se intenta resolver la obstrucción de sus vasos con fármacos fibrinolíticos (agentes disolventes de trombos y coágulos) mediante catéteres que fragmentan, aspiran y disuelven el trombo. En ocasiones puede ser además necesario colocar un stent en la vena afectada para intentar mantener la permeabilidad.

Si el paciente presenta trombosis en las extremidades inferiores puede ser necesario poner un filtro en la vena cava inferior, para evitar que nuevos trombos de las piernas lleguen al pulmón.

Deberán realizarse controles angiográficos para ir valorando el resultado del tratamiento.

Puede ser necesario en ocasiones el ingreso y vigilancia en UVI durante el tratamiento.

La finalidad es solucionar la obstrucción vascular.

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:

Riesgos de la técnica:

- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma, pseudoaneurisma).
- Lesión en la pared del vaso (trombosis, disección y/o rotura).
- Embolia de pulmón.

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 alérgica o de 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. 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

- Hemorragia interna activa.
- Hemorragia digestiva reciente (<3 meses).
- Ictus reciente (<6 meses).
- Hemorragia intraespinal o intracraneal.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Tratamiento con anticoagulantes.

La NO realización del procedimiento condiciona edema y dolor crónico durante el resto de su vida en la extremidad afectada (Síndrome Postrombótico).

AUTORIZACIÓN PARA "TROMBECTOMÍA VENOSA FÁRMACO-MECÁNICA"

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: