

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANGIOPLASTIA - STENT DE VENAS CENTRALES

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Una estenosis venosa central es una estrechez en las venas de mayor calibre cercanas al corazón. Se puede deber a causas como haber sido portador de catéteres centrales o un marcapasos. En otros casos, la causa es la existencia de masas de tejido localizadas cercanas a estas venas. Esto puede provocar síntomas como dolor de cabeza, dolor en la cara y el cuello, alteraciones en la conciencia y en la visión, dificultad respiratoria al tumbarse, edema y dolor en los brazos.

El procedimiento consiste, previa anestesia local, en la punción de una vena de la ingle o del brazo para introducir en su interior un catéter con el que se llega a la vena enferma, guiados por rayos X y contrastes radiológicos. Una vez reconocido el vaso sanguíneo enfermo, se utiliza un segundo catéter que en su punta lleva un pequeño balón hinchable a una presión y calibre predeterminados (balón de angioplastia) y con este dispositivo se ensancha la vena enferma trabajando desde su interior.

En ocasiones es necesario además colocar un “stent”, prótesis similar a un muelle, que se quedará en el interior de su organismo y que mantendrá abierta la vena de manera permanente.

La finalidad es solucionar la obstrucción o estrechez de las venas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos son:

- Tratamiento ineficaz por el estado previo de la vena y/o de la gravedad de la lesión.
- Sangrado o trombosis (coágulo) de la vena puncionada.
- Rotura o trombosis de las venas centrales.
- Sangrado durante el procedimiento o tras él, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Edema pulmonar. Es raro pero puede provocar dificultad respiratoria al volver a llegar el flujo de sangre normal a los pulmones.
- Malposición o migración del stent.
- Infección local o generalizada.
- 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. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía.
- Tratamiento con fármacos o radioterapia.

AUTORIZACIÓN PARA “ANGIOPLASTIA / STENT DE VENAS CENTRALES”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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 _____

Firma del representante legal:	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 representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: