



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Fístula Arterio Venosa  
(FAV)

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Fístula Arterio Venosa (FAV)**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Fístula Arterio Venosa (FAV)

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para **FÍSTULA ARTERIO VENOSA**. (Acceso vascular para Hemodiálisis)

## INFORMACIÓN

### Este procedimiento cuenta con los siguientes puntos:

- La Fístula Arteriovenosa (FAV) es una vía de acceso vascular que le permitirá realizarse diálisis periódicas reemplazando la función de su riñón deteriorado.
- La Fístula Arteriovenosa (FAV) es un procedimiento quirúrgico que consiste en la unión de una vena con una arteria. La ubicación más frecuente es a nivel del antebrazo, pero esta puede variar según las condiciones anatómicas, del capital venoso u otras condiciones previas del paciente, pudiendo realizarse a nivel del pliegue de codo, brazo o muslos. De no tener venas adecuadas se usa un material protésico (politetrafluoroetileno) para confeccionar este acceso.
- La Fístula Arteriovenosa (FAV) requiere un periodo de maduración de a lo menos 30 días antes de poder iniciar su uso para hemodiálisis, por lo que de requerirla antes de este periodo se deberá instalar un catéter especial para ello.

Es posible que durante la cirugía se deba realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionar así un acceso lo más adecuado posible.

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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.).

El tipo de anestesia es habitualmente local, siempre acompañado y vigilado por un médico anestesista, quien de requerirlo usará algún tipo de sedación u otro tipo de anestesia si el procedimiento resulta ser más complejo, como por ejemplo la instalación de un acceso protésico.

Existen complicaciones propias de esta cirugía, como el hematoma, edema de la extremidad (habitualmente transitorio), síndrome de robo (disminución de la irrigación de la extremidad), lesiones neurológicas, pseudoaneurismas anastomóticas (dilatación a nivel de la unión arterio-venosa), algunas de las cuales pueden requerir algún tipo de reintervención quirúrgica.

La evaluación final de una FAV para poder ser usada se realiza aproximadamente a los 30 días de su confección.

Después de este periodo una vez iniciada la diálisis las complicaciones que se puedan presentar no son atribuibles a un problema quirúrgico sino a condiciones propias del paciente y las reiteradas punciones a las que es sometido este acceso.



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice la

**CIRUGÍA DE FÍSTULA ARTERIO VENOSA. (Acceso vascular para Hemodiálisis)**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.: .....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

Sr./Sra. ....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad: .....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de: .....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora: .....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En .....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut: .....

Firma del Paciente: ..... Rut: .....

Firma del representante legal: ..... Rut: .....

(Representante legal o familiar responsable).