



Consentimiento Informado Para
Reparación De Fistula Arterio-Venosa

Consentimiento Informado Para Reparación De Fistula Arterio-Venosa

Consentimiento Informado Para Reparación De Fistula Arterio-Venosa

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:
REPARACIÓN DE FISTULA ARTERIO-VENOSA

INFORMACIÓN

La hipótesis diagnóstica, consistente en la falla de una fístula Arterio-venosa (FAV). Lo anterior puede ser consecuencia de un proceso agudo o crónico que ha causado estenosis (estrechez) u oclusión en alguno de sus segmentos; arterial, venoso o protésico, con el consiguiente riesgo de pérdida del acceso vascular para hemodiálisis.

El tratamiento indicado, consiste en realizar una intervención quirúrgica o endovascular para intentar rescatar dicha fístula Arterio-venosa. Dentro de las posibilidades a realizar se encuentran:

- a. Reparación quirúrgica con trombectomías (retirar coágulos), re anastomosis de la FAV (reconectar), interposición o plastia con material propio (vena) o protésico.
- b. Reparación endovascular con re permeabilización mediante uso de balones y/o STENTS (mallas cilíndricas metálicas)

Estoy en conocimiento de los riesgos derivados del rechazo del tratamiento propuesto, lo que ocasiona la pérdida definitiva de la fístula arteria-venosa y/o acceso de hemodiálisis, hecho que atenta contra la adecuada realización de mi hemodiálisis habitual, lo que se puede asociar a una descompensación de condición basal de insuficiencia renal crónica trastornos que incluso pueden llevar a la muerte. Dado lo anterior, he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que el rescate de fístula arteria-venosa es la mejor alternativa de tratamiento en mi situación actual.

La reparación de una fístula arterio-venosa es una re operación, por lo que se asocia a una alta dificultad técnica, hecho por el cual, no puede garantizarse el éxito a corto y largo plazo de la intervención, especialmente ante situaciones como la actual con disfunción aguda o crónica de la FAV.

En ocasiones, las características anatómicas, arteriales y/o venosas del paciente, pueden impedir la reparación de una fístula arterio-venosa, situación en la cual puede ser necesario asegurar otro acceso para diálisis inmediata, con la instalación de un catéter para hemodiálisis.

En caso de requerir un catéter para diálisis, autorizo a que sea instalado durante la misma cirugía conociendo las posibles complicaciones derivadas de su instalación (sangrado, hematoma, trombosis venosa, lesión arterial, neumotórax, entre otros) y uso a largo plazo (oclusión, infección, rotura, migración, estenosis venosa, entre otros).

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, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), incluyéndose dentro de estas, Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, Trombosis Venosa Profunda, Embolia Pulmonar, Neumopatía, entre otras.

Dentro de las complicaciones propias un rescate de fístula arterio-venosa, se encuentran:

- Trombosis arterial y/o venosa (se tapa con coágulos)
- Infección, lo que puede requerir tener que retirar el material protésico utilizado en su realización.
- Sangramiento y formación de hematomas, que pudiera requerir reparación quirúrgica
- Imposibilidad de reparación de la fístula.
- Robo arterial (flujo sanguíneo insuficiente para el correcto funcionamiento de la mano)

Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una re intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Durante el procedimiento quirúrgico, puede ser necesario el estudio anatómico (arterial, venoso y protésico) y/o control del funcionamiento de la fístula mediante una arteriografía intraoperatoria, que

básicamente consiste en la administración de medio de contraste para evaluar la permeabilidad de los segmentos involucrados. Para este procedimiento, se necesita el uso de medio de contraste, que permite la correcta visualización de los vasos y de las eventuales lesiones existentes bajo imagen radiológica (Rayos X). Algunos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al medio de contraste, el que es en base a yodo. Reacciones alérgicas graves pueden ocurrir, aunque son poco frecuentes. No es posible predecir su ocurrencia en forma certera mediante una prueba de alergia, por lo que si usted tiene conocimiento de alguna manifestación previa de alergia al yodo o frente a otra sustancia, deberá informarlo oportunamente a su médico

Es posible que durante la cirugía se pueda realizar modificaciones del procedimiento planificado para proporcionar así un tratamiento más adecuado, según los hallazgos intraoperatorios.

La circunstancia de la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada, nuevas intervenciones quirúrgicas y mayores costos asociados.

La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento realizado, pudieran derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos

Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es infrecuente en este tipo de tratamientos.

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 el tratamiento quirúrgico para:

REPARACIÓN DE FISTULA ARTERIO-VENOSA

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).