



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

### PROCEDIMIENTO:

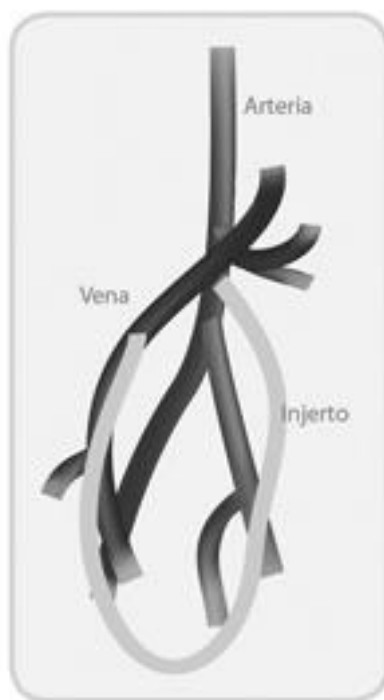
### *Fístula Arterio – Venosa Protésica*

#### 1. ¿QUÉ ES?

La Hemodiálisis consiste en “depurar” la sangre de sustancias tóxicas almacenadas en nuestro cuerpo en aquellos pacientes en que los riñones no funcionan. Esta intervención consiste en realizar el acceso vascular para poder llevar a cabo dicho tratamiento en aquellos pacientes que requieren del mismo.

#### 2. ¿CÓMO SE REALIZA?

Consiste en “conectar una arteria y una vena” usando una prótesis que se coloca por debajo de la piel. Lo habitual es comunicar la arteria humeral y la vena axilar (prótesis humero-axilar) pero a veces hay que buscar otras alternativas. En su caso la técnica planteada es la



.....

La anestesia puede ser loco-regional (durmiendo sólo la extremidad o parte de ella) o general. Depende de la técnica quirúrgica y de la valoración de los anestesiistas. Ellos le explicarán las posibilidades, sus ventajas, riesgos y complicaciones.

El número y localización de las heridas dependerá de la técnica concreta que se vaya a realizar.

En el postoperatorio inmediato se indica un reposo relativo de la extremidad, con el fin de evitar complicaciones indeseadas.

#### 3. ¿CUÁLES SON SUS RIESGOS?

No suelen haber complicaciones importantes, y suelen manejarse de forma ambulatoria.



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

### PROCEDIMIENTO:

### ***Fístula Arterio – Venosa Protésica***

#### Riesgos **MÁS FRECUENTES**:

- Locales: sangrado por la zona de la intervención, infección o necrosis de los tejidos vecinos, dehiscencia (no cicatrización) de la herida operatoria, trombosis de la intervención realizada que obligue a una reintervención.

- Generales: complicaciones en relación con descompensación de sus patologías previas

#### Riesgos **MENOS FRECUENTES**:

- Isquemia-robo (falta de circulación) de la extremidad, que en los casos más graves precisará de una reintervención.

- Edema (hinchazón) del miembro operado, debido hipertensión venosa.

- Alteraciones neurológicas (parestesias, disestesias).

#### 4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

En la mayor parte de los casos las FAV protésicas pueden utilizarse tras 15 días de su realización, si bien es variable dependiendo del material utilizado y de la evolución de cicatrización.

Aunque no haya ningún problema, mi médico me ha explicado que las fístulas NO SIEMPRE FUNCIONAN (depende de las venas, las arterias, la presión, la coagulación, etc.). Con el tiempo se pueden producir dilataciones (pseudoaneurismas) o comenzar a funcionar mal (fracaso hemodinámico) y obstruirse (trombosis). También pueden producirse infecciones de la prótesis o incluso roturas/sangrados en las zonas de los pinchazos para la diálisis.

#### 5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de no realizar la intervención y ninguna de las alternativas, al no disponer de acceso vascular que permita la realización de hemodiálisis, las consecuencias esperadas son la muerte por intoxicación de los productos tóxicos producidos por el organismo, y no depurados por el riñón.

#### 6. ALTERNATIVAS

Me ha informado que como alternativa a esta técnica :

- Es posible colocar un catéter (yugular, subclavio, femoral, etc.) para dializarse a través de él.

- Es posible optar por diálisis peritoneal.

- Es posible, en el mejor de los casos y siempre y cuando cumpla los criterios establecidos para ello, el trasplante renal.

#### 7. RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE

Cualquiera de las complicaciones generales (insuficiencia respiratoria, complicaciones cardiológicas, renales...) son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas y en función de la edad del paciente.



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**  
**ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR**  
**PROCEDIMIENTO:**  
**Fístula Arterio – Venosa Protésica**

**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida, y adjunta por escrito en las páginas precedentes.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento
- Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento       No autorizo la realización de este procedimiento

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_