



FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

HOSPITAL	SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
1	DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA FÍSTULA ARTERIO-VENOSA
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.</p> <p>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
1.1	LO QUE USTED DEBE SABER:
EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:	
<p>La hemodiálisis consiste en filtrar la sangre para “depurar” las sustancias tóxicas almacenadas porque los riñones no funcionan. Para conectarse a la máquina se utilizan unos catéteres, y hace falta que las venas sean grandes y con suficiente presión. Para lograrlo se construyen los accesos vasculares, uniendo una arteria con una vena.</p>	
CÓMO SE REALIZA:	
<p>Esta intervención consiste en “unir una arteria y una vena”. Puede realizarse a nivel de la muñeca (fístula radio-cefálica) o en el codo (fístula humero-cefálica o basilica).</p> <p>La anestesia suele ser local, pero depende de los anestesiólogos y ellos me explicarán las posibilidades, sus riesgos y sus complicaciones.</p>	
QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:	
<p>El efecto inmediato es la creación de una fístula arterio-venosa que posibilite en un futuro el establecimiento de una hemodiálisis con acceso periférico.</p>	
EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:	
<p>Le posibilitará el poder establecer en un futuro próximo un acceso periférico para hemodiálisis.</p>	
OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:	
<p>Me ha informado que como alternativa a esta técnica se puede construir un acceso vascular conectando una arteria y una vena por medio de una prótesis. También es posible colocar un catéter en el cuello para dializarse a través de él.</p>	

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Me ha informado que NO suele haber complicaciones importantes. Lo habitual es que se realice de forma ambulatoria.

Comprendo que aunque esta técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación. Pueden ser inesperadas o relacionarse con mi situación general (diabetes, obesidad, hipertensión, cardiopatía, etc.):

También comprendo que a veces:

- Puede haber alguna complicación a nivel de las heridas (hematomas, líquido acumulado (seromas), o infecciones).

- Si pasa demasiada sangre de la arteria a la vena puede ocurrir que:

• Se llenen todas las venas de la mano (hipertensión venosa). La mano duele y se hincha.

• No llegue suficiente sangre (robo arterial). La mano duele y se queda fría y pálida.

Para resolver estas complicaciones puede necesitarse una nueva operación.

Entiendo que durante la operación pueden producirse situaciones o hallazgos que obliguen a modificar la estrategia que inicialmente me han explicado, o que hagan necesarias otras técnicas.

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 ir "deteriorando" (en ocasiones en relación con los pinchazos para la diálisis) y producirse dilataciones (pseudoaneurismas) o comenzar a funcionar mal (fracaso hemodinámico) y obstruirse (trombosis).

En algunos casos las venas que se tienen que pinchar quedan muy profundas y hace falta otra operación para hacerlas más superficiales (superficialización).

También me ha explicado que mientras esté en diálisis NECESITO UN ACCESO VASCULAR que funcione bien, por lo que es posible que necesite más operaciones en el futuro para reparar esta fístula o para construir una nueva.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Algunas situaciones que aumentan significativamente el riesgo de la extracción de electrodos de marcapasos son las siguientes:

- Presencia de una infección aguda.
- Presencia de alteraciones de la coagulación.
- Tratamiento anticoagulante a dosis que dificulten la cicatrización o exponga al paciente a un mayor riesgo de sangrado o hematoma.

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

Sociedad Andaluza de
Cirugía Cardiovascular

SOCIEDAD ANDALUZA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y ENDOVASCULAR

HOSPITAL		SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	
2 CONSENTIMIENTO INFORMADO			
2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)			
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE		DNI / NIE	
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL		DNI / NIE	

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO		
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO	
<p>Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.</p> <p>NOTA: Márquese con una cruz.</p>	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

HOSPITAL

**SERVICIO DE CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR**

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.: