



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** La fístula arteriovenosa consiste en la unión, mediante procedimiento quirúrgico de una arteria y una vena, y actualmente es el acceso vascular de primera elección para los pacientes que inician tratamiento de hemodiálisis crónica. El objetivo del procedimiento es poder realizar el tratamiento sustitutivo renal en las mejores condiciones posibles, y poder conseguir así una hemodiálisis adecuada.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** Esta intervención se realiza habitualmente con anestesia local. La situación más común de la fístula es a nivel de la muñeca (radiocefálica) del brazo no dominante, aunque la localización puede variar según las particularidades y antecedentes de cada paciente. Así otras posibilidades son realizarlas en el antebrazo, flexura del codo o incluso en las piernas a nivel del muslo. En algunos casos, cuando han fallado intentos previos de realización de fístulas, o bien se considera que un paciente no es candidato para una fístula convencional, se inserta una prótesis fabricada de diferentes materiales que sirve de unión entre la arteria y la vena.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** Las complicaciones más frecuentes tras la realización de una fístula es la formación de un hematoma, que suele desaparecer en unos días si se siguen las indicaciones de su médico/a especialista. Otros eventos adversos que pueden producirse son:
  - Infecciones, que en el caso de la prótesis pueden obligar a su retirada.
  - Trombosis, que si no pudiera realizarse una desobstrucción del absceso sería necesario insertar un catéter para poder seguir con el tratamiento de hemodiálisis.
  - Edematización del brazo / pierna portador de la fístula.
  - Isquemia distal o síndrome de robo.
  - Insuficiencia cardiaca
  - Pseudoaneurisma de la rama venosa.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** La fístula o prótesis arteriovenosa permitirá administrarle el tratamiento de hemodiálisis de forma más adecuada, con el fin de prolongar y mejorar su calidad de vida.
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** La necesidad de realizar hemodiálisis obligará a insertar un catéter (transitorio o permanente) o accesos vasculares, que tienen una menor supervivencia, mayores riesgos, y no permiten la realización del tratamiento de hemodiálisis en las condiciones ideales.
- 6. Alternativas:** En caso de negativa a la realización de la fístula / prótesis, o bien si en su caso es imposible realizarla, se deberá insertar un catéter de hemodiálisis que su médico/a especialista le informará de si es temporal o permanente.
- 7. Riesgos en función de la situación del paciente:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son .....



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

**NEFROLOGÍA**

**FÍSTULA ARTERIOVENOSA – INJERTO PROTÉSICO**

**8. DECLARACION DE INFORMACION 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
- 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

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

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

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

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

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

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

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

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.