

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TROMBECTOMÍA FÁRMACO MECÁNICA EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

### Identificación del paciente

Nº Historia:

DNI:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nombre:

Sexo:

F. Nacimiento:

Fecha:

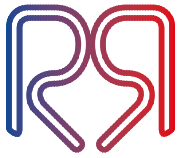
---

*La ley 41/2002, de 14 de noviembre, publicada en BOE 274, de 15-11-2002 establece que Ud. tiene derecho a conocer en qué consiste la intervención-procedimiento al que va a ser sometido, los riesgos y los beneficios de su realización. Este documento sirve para que Ud, o quien le represente, esté adecuadamente informado sobre lo que se le va a realizar y de su consentimiento escrito al respecto. **Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá usted o su representante legal que firmar el documento de consentimiento informado para realizar la intervención (en reverso de esta hoja u otra adjunta a este documento).***

*Antes de firmar es importante que lea atentamente la información contenida en el mismo, ya que firmado significa que ha sido adecuadamente informado sobre la intervención y Ud. autoriza su realización. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, no dude en preguntarnos. Firmar el presente consentimiento no le obliga a usted a someterse a dicha intervención. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee y de su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.*

La **trombectomía pulmonar** es una intervención con la que intentamos solucionar el problema de obstrucción de las arterias pulmonares principales y lobares, que generan sobrecarga aguda sobre el ventrículo derecho. La situación es grave con riesgo para su vida, con riesgo de arritmias ventriculares y parada cardiorrespiratoria.

Se le pinchará una vena en la ingle utilizando anestesia local (usualmente vena femoral derecha) o vena yugular derecha. A continuación, se le introducirá un tubo (catéter) que llegará a la zona donde está el trombo (territorio arterial pulmonar), para aplicarle en ese lugar, el procedimiento que pueda resolver su enfermedad, inicialmente trombectomía mecánica (aspiración del trombo). Se le inyectará un líquido (medio de contraste) a través del tubo que nos permitirá detectar donde está el trombo y a su vez estimar el volumen extraído del trombo.



En ocasiones intentaremos resolver la obstrucción de sus vasos con fármacos fibrinolíticos (agentes disolventes de trombos y coágulos, siempre y cuando no existan contraindicaciones) asociado con catéteres que fragmentan, aspiran y disuelven el trombo. Si el paciente presenta trombosis en las extremidades inferiores puede ser necesario poner un filtro en la vena cava inferior para evitar que nuevos trombos de las piernas lleguen al pulmón.

Este procedimiento podrá durar aproximadamente 2 horas. En ocasiones deberán realizarse controles angiográficos para ir valorando el resultado del tratamiento.

El procedimiento será monitorizado en todo momento por médicos expertos en cuidados críticos. Puede ser necesario en ocasiones el ingreso y vigilancia en UVI durante el tratamiento.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

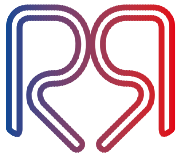
Tratamiento médico mediante anticoagulantes. La NO realización del procedimiento puede condicionar empeoramiento de la función cardiaca, que podría llevar a la parada cardiorrespiratoria.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

## RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

**Por la técnica que se va a realizar:** Riesgos poco frecuentes: Sangrado por el sitio de la punción (hematoma, pseudoaneurisma). Lesión en la pared del vaso (trombosis, disección y/o rotura), así como cuadro de sangrado bronquial. Cuadros de arritmias ventriculares de difícil manejo. Muerte.

**Por los fármacos fibronolíticos:** Hemorragias en otras zonas del organismo. Hemorragia interna como sangrado intracraneal, hemorragia digestiva, hematoma retroperitoneal, etc. Estas complicaciones pueden ocasionalmente llegar a producir la muerte. Teniendo en cuenta la gravedad de estas posibles complicaciones el paciente es vigilado para un control exhaustivo de sus parámetros clínicos y ante el menor síntoma de complicación interrumpir el proceso.



**Por el medio de contraste:** Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel. Raramente graves como alteraciones de los riñones. Excepcionalmente la muerte (1 de 100.000 pacientes).

**Por la exposición a los rayos X:** Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

#### **RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS**

---

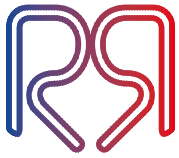
---

#### **OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste. Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico.

Con la firma del consentimiento también autoriza el uso de imágenes del procedimiento con fines científicos y/o académicos, sin que sea revelada su identidad en las mismas.

Si después de leer este documento y antes de firmarlo desea más información o aclarar cualquier duda no dude en preguntar al especialista responsable.



### Declaraciones y firmas

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_ he sido informado suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos y complicaciones. He comprendido la información y doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

**Firma del paciente**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/ 202\_

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_ y en calidad de \_\_\_\_\_ he sido informado suficientemente de la intervención que se le va a realizar. Por ello, doy expresamente mi consentimiento.

**Firma del tutor o familiar**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/ 202\_

Dr./Dra. \_\_\_\_\_, he informado al paciente y/o al tutor o familiar, del objeto y naturaleza de la intervención que se le va a realizar, explicándose los riesgos, alternativas terapéuticas y complicaciones posibles.

**Firma del médico responsable**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/ 202\_

---

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_  
revoco el consentimiento otorgado previamente para la realización del procedimiento  
\_\_\_\_\_ y NO deseo que prosiga el mismo.

**Firma de revocación**

Fecha \_\_\_/\_\_\_/ 202\_