

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN Y RETIRADA DE FILTRO EN VENA CAVA INFERIOR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El Filtro de Vena Cava Inferior es un dispositivo que atrapa y detiene los trombos que desde las venas de las piernas y/o la pelvis se desprenden hacia el torrente sanguíneo. Se coloca cuando hay riesgo de tromboembolismo pulmonar, situación muy grave que causa sobrecarga del lado derecho del corazón e impide la oxigenación de la sangre.

La técnica consiste en pinchar una vena (en la ingle o en el cuello) e introducir un tubo (catéter) que llega hasta la vena cava inferior donde se colocará el filtro. Se inyecta un medio de contraste que nos permite detectar con gran precisión donde está el trombo mediante rayos X.

Si pasadas unas semanas el riesgo de Tromboembolismo Pulmonar desaparece o es controlado con fármacos, puede ser aconsejable la retirada del filtro. Para ello se pincha de nuevo la vena yugular del lado derecho y desde ahí se accede al filtro que es plegado y extraído al exterior. La intervención de retirada es similar a la de colocación.

Cabe la posibilidad de que haya que realizar modificaciones en el procedimiento por los hallazgos encontrados intraoperatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia y/o sedación, más adecuado en su caso.

La finalidad de la técnica es impedir que los trombos lleguen hasta los vasos sanguíneos de los pulmones y causen una embolia pulmonar.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Hematoma en el lugar de punción.
- Punción inadvertida de la arteria femoral.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Tromboembolismo venoso o pulmonar a pesar de que el filtro esté bien colocado.
- Edema de miembros inferiores, varices o insuficiencia venosa por obstrucción de la vena cava.
- Shock por el estado crítico del paciente.
- Posibilidad de que el filtro se rompa, se desplace o cause microperforación de la vena cava.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y

en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Fibrinólisis (fármacos que disuelven los trombos).

AUTORIZACIÓN PARA “COLOCACIÓN Y RETIRADA DE FILTRO EN VENA CAVA INFERIOR”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Fdo. Paciente: