

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS EN VENAS CENTRALES - VENA CAVA SUPERIOR - SECTOR ILIOCAVA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La vena cava es la vena que recoge la sangre desde la cabeza, cuello, extremidades superiores e inferiores para llevarla al corazón. Cuando disminuye su calibre por trombosis, estenosis o compresión se produce una dificultad en el drenaje venoso, que se manifiesta como hinchazón de las partes del cuerpo comprometidas y que si no se trata puede derivar en otras complicaciones.

La colocación de una prótesis (stent) en la vena cava es una intervención con la que intentamos solucionar el problema de drenaje venoso.

Se pincha una vena en la ingle o en el brazo utilizando anestesia local. A continuación se introduce un tubo fino (catéter) que llega a la zona de la vena cava que está ocluida o estrechada. Se inyecta un líquido (medio de contraste) a través del tubo para valorar el drenaje venoso y el calibre de la vena, mediante técnicas radiológicas. A continuación se dilata la vena mediante un catéter-balón y se coloca una prótesis para que el vaso permanezca abierto.

Se utilizará sedación para evitarle molestias durante la intervención.

Para controlar sus resultados, y posibles complicaciones tendrá que permanecer ingresado en el hospital al menos 24 horas.

La finalidad es solucionar la obstrucción o estrechez de la vena cava.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

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

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Tratamiento ineficaz por el estado previo de la vena y/o de la gravedad de la lesión.
- Se puede producir un coágulo (trombo) en el vaso que se pincha.
- Hematoma en el lugar de punción.
- En muy raras ocasiones, lesión en la pared del vaso que estamos tratando (trombosis, disección y/o rotura).
- Sangrado durante el procedimiento o tras él, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Malposición o migración del stent.
- Infección local o generalizada.
- Lesión de nervios cercanos a la vena tratada.
- Reacción alérgica o de intolerancia al contraste administrado.
- La acumulación de exploraciones radiológicas a lo largo de la vida es un factor que puede influir en el riesgo de padecer un cáncer.
- 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.

**CONTRAINDICACIONES**

- Embarazo y lactancia.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

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

- Cirugía.

**AUTORIZACIÓN PARA “PRÓTESIS EN VENAS CENTRALES - VENA CAVA SUPERIOR - SECTOR ILIOCAVA”**

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:    DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.    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: