

Documento de consentimiento informado retirada de filtro de vena cava inferior

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

La retirada de un filtro de la vena cava inferior es una intervención que consiste en extraerle el dispositivo (filtro) que se le colocó en un vaso sanguíneo (vena cava inferior) para impedir el paso de coágulos (émbolos) al pulmón. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA RETIRADA DE FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR

Se le pinchará una vena (generalmente en la ingle o en el cuello), utilizando anestesia local. Se le introducirá un tubo (catéter) que llegará hasta la vena cava inferior donde posteriormente se procederá a la retirada del filtro. Se le inyectará un líquido (medio de contraste) a través del catéter, lo que nos permitirá ver las venas y la situación del filtro. La duración de la intervención será, aproximadamente, de una o dos horas. Durante la intervención podrá administrarse sedación para evitarle molestias. En ocasiones no es posible retirar el filtro por la situación y/o las condiciones en las que se encuentra, quedándose como filtro permanente. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo por los hallazgos encontrados, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

RIESGOS DE LA RETIRADA DE FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la técnica que vamos a realizar:

- Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.
- Ocasionalmente, sangrado por el sitio de punción (hematoma).
- Raras veces, podría producirse emigración de coágulos al pulmón.
- Rotura de la vena cava inferior, que si fuese importante podría llegar a requerir intervención quirúrgica.
- Desplazamiento del dispositivo (filtro) a un lugar no deseado ocasionando trombos u otras complicaciones que pueden ser muy graves y requerir una intervención urgente.
- Excepcionalmente, puede producirse rotura del dispositivo (filtro).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, las alternativas serían dejar el filtro de forma permanente o bien la intervención quirúrgica.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la RETIRADA DE FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

Nº de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Firma:

Firma:

Firma: