



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR
PROCEDIMIENTO:
FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR

1. ¿QUÉ ES?

Hemos estudiado los síntomas que usted padece y realizado las exploraciones pertinentes encontrando que tiene una Trombosis Venosa Profunda, con riesgo potencial de embolia pulmonar, la cual no se puede prevenir, con los tratamientos habituales mediante anticoagulación. Ello es así porque concurren alguna o varias de las siguientes circunstancias: alto riesgo hemorrágico, o contraindicación debida a otras patologías, constatación de embolismo pulmonar a pesar de estar bien anticoagulado.

En su caso se le informa de que la mejor opción de tratamiento es el Filtro de Vena Cava Inferior como método preventivo para evitar el Tromboembolismo pulmonar.

2. ¿CÓMO SE REALIZA?

Debe informar de las enfermedades que padece (alergias, insuficiencia renal) y de los medicamentos que toma porque puede ser necesario retirar alguno, como los anticoagulantes.

Durante el procedimiento se usan rayos X (radiaciones ionizantes) y contrastes yodados.

Se realiza aplica anestesia local en la zona de punción venosa (vena femoral/ingle o vena yugular/cuello) guiada por ecografía y a continuación se introduce un tubo fino (catéter). El catéter se coloca en la zona donde se va a implantar el filtro en la vena cava. Posteriormente se introduce el filtro de vena cava y este es liberado en la zona deseada.

Puede notar calor como consecuencia de la administración del contraste yodado.

De forma habitual puede notar una leve molestia en la zona de punción una vez finalizada la intervención.

Después de la intervención deberá guardar reposo unas horas

Las complicaciones pueden hacer imprescindible nuevas intervenciones quirúrgicas para solucionarlas.

A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de esta no contempladas inicialmente.

Existen circunstancias en la que se pueden emplear filtro de ven cava temporal que pueden retirarse al cabo de unas semanas, en un procedimiento similar.

3. ¿CUÁLES SON SUS RIESGOS?

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, pero es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los riesgos que se exponen a continuación:

Complicaciones por el uso de radiaciones ionizantes: ligera elevación del riesgo de padecer cáncer (menor del 0,5%), siendo la incidencia de cáncer menor que en la población general. Si es necesario el uso de un elevado nivel de radiación (procedimiento largo) pueden aparecer lesiones cutáneas. Se le informará si se utilizan niveles altos de radiación durante la realización del procedimiento.

Complicaciones relacionadas con la técnica (a veces pueden requerir una intervención quirúrgica):

- Puede haber hematoma en el punto de punción. Aunque es poco frecuente, se puede producir una hemorragia debido a la rotura de la vena puncionada. La rotura de la vena cava, al colocar el dispositivo, es una complicación muy infrecuente, aunque potencialmente grave.
- Lesión de algún nervio próximo a la punción que puede provocar parálisis (temporal o permanente) de la extremidad o de una arteria vecina que puede necesitar reparación con cirugía.
- Puede haber tromboembolismo pulmonar a pesar de que el filtro esté bien colocado. Si hay trombos en la vena cava previos a la colocación del filtro podrían movilizarse al introducir este dispositivo. La mortalidad del procedimiento asociada a la embolia de pulmón es de 1/1000 pacientes.



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR

PROCEDIMIENTO:

FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR

- De forma excepcional el filtro puede desprenderse y migrar al corazón requiriendo en dicho caso cirugía cardíaca.
- Obstrucción de la Vena cava. Se ocasiona por el atrapamiento masivo de los trombos. Los síntomas serán edema en los MMII, varices, que puede ser controlado con tratamiento médico.
- Si el filtro se tiene que dejar definitivamente con el paso de los años hay más posibilidades de desarrollar insuficiencia venosa y varices en los MMII.
- Cuando los filtros se dejan de forma indefinida, se han descrito roturas de estos, microperforaciones de la cava y desplazamientos. Estas situaciones suelen ser asintomáticas y se descubren casualmente, pero cabe la remota posibilidad de que haya que realizar una intervención quirúrgica o cateterismo para solucionarlo.

Complicaciones generales:

- Riesgos específicos de cada paciente relacionados con las enfermedades previas que presenta antes de la intervención (insuficiencia renal, alteraciones neurológicas, respiratorias, cardiológicas e incluso en raras ocasiones la muerte del paciente).
- Es importante conocer si padece alguna alteración de la coagulación.
- Reacción alérgica al contraste (picores, enrojecimiento cutáneo hasta shock anafiláctico y excepcionalmente la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

4. CONSUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Con la colocación de este dispositivo se pretende evitar que tenga una embolia de pulmón o que se repita si ya la ha tenido. Desafortunadamente los filtros no son eficaces al 100%, e incluso correctamente colocados pueden dejar pasar coágulos, aunque se espera que si ocurre sean de un tamaño pequeño con consecuencias menores que si no llevara el filtro implantado.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Puede no colocarse el filtro y dejar la enfermedad a su evolución natural, con el riesgo de que se produzca una embolia pulmonar o repetirse.

6. ALTERNATIVAS

Los fármacos anticoagulantes son la alternativa, pero en su caso creemos necesario el filtro de cava. La fibrinólisis (fármacos que disuelven los trombos) es una posibilidad, pero en su caso dicho tratamiento presenta más riesgos asociados que los anticoagulantes o el filtro.

7. RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE

Cualquiera de las complicaciones generales (insuficiencia respiratoria, complicaciones cardiológicas, renales...) son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas y en función de la edad del paciente.



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGIA VASCULAR
PROCEDIMIENTO:
FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR

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, y adjunta por escrito en las páginas precedentes.
- 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

En _____ a _____ de _____ de 20____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

En _____ a _____ de _____ de 20____.

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.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____