

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Cavografía +Implante Filtrovena Cava

FL-CDM-72

Rev.03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

- Determinar la anatomía y permeabilidad del sistema venoso central previo a implante filtro en vena cava superior o inferior.
- Inserción de dispositivo mecánico en la vena cava inferior (VCI) (y menos frecuentemente en la vena cava superior) que actúa como filtro para la prevención de tromboembolismo pulmonar y/o sistémico e los casos en que esté clínicamente indicado.

INDICACIONES

Se pueden dividir en tres situaciones.

a. INDICACIONES EN EMBOLIA PULMONAR:

El tratamiento de la embolia pulmonar es la anticoagulación efectiva con heparina y posteriormente con anticoagulantes orales por al menos 6 meses. La interrupción de la vena cava inferior sólo está indicada en las siguientes situaciones:

1. Contraindicación formal de la anticoagulación como presencia de un accidente vascular hemorrágico o cirugía mayor reciente.
2. Complicación de la anticoagulación. La presencia de hemorragia secundaria al tratamiento anticoagulante.
3. Fracaso de tratamiento anticoagulante. Consiste en la repetición de la embolización durante un tratamiento anticoagulante efectivo, ya sea en la etapa parenteral u oral. Dado el fracaso de la única medida médica posible, se interrumpe la vena cava inferior para prevenir una nueva embolia.
4. Mala reserva cardiopulmonar. Situaciones en las cuales una segunda embolia, puede ser mortal. Ejemplo de esto son cardiópatas graves, pacientes portadores de una limitación crónica de flujo aéreo avanzada, pacientes con grave compromiso hemodinámica y de su intercambio gaseoso después de una primera embolia o múltiples embolias pulmonares recurrentes, aun después de trombolisis o trombectomía mecánica.

b. INDICACIONES EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA:

1. Contraindicación formal de la anticoagulación o complicación de la anticoagulación. Si ésta se encuentra formalmente contraindicada o ha presentado, debe insertarse un filtro de VCI (vena cava inferior).
 2. Presencia de trombo en la CVI (vena cava inferior) o venas ilíacas, presenta un riesgo de embolia pulmonar superior al 10%, a pesar de anticoagulación efectiva. Por esta razón la interrupción profiláctica de la VCI (vena cava inferior) debe ser considerada en estos casos.
- La presencia de una trombosis venosa profunda, que no cumpla con alguna de las características ya mencionadas, no tiene indicación de interrupción de la VCI (vena cava inferior).

c. OTRAS INDICACIONES

1. Politraumatizados graves y parapléjicos, con el uso de filtros profilácticos.
2. Embolia arterial paradójica. Consiste en el paso de trombos de origen venoso hacia la circulación arterial, a través de un efecto en el septum interauricular.
3. Preoperatorio de cirugías de alto riesgo. Se ha utilizado en cirugía de cadera con aparentes buenos resultados, sin embargo su alto costo y la falta de unanimidad en los hallazgos, no lo hacen aconsejable como uso rutinario EXCEPTO EN CASOS SELECCIONADOS.

COMPLICACIONES PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO

Semejantes a otros procedimientos invasivos, tanto como por medios de contraste, propias del acceso invasivo y generales, aunque en menor grado por la menor cantidad de contraste y tratarse de una punción venosa.

La morbimortalidad del procedimiento es cercana a cero. La obstrucción de la VCI (vena cava inferior) por impacto de émbolos

ocurre en un 5% de los casos, la mayor parte de los cuales presentan pocos síntomas, que son manejables con soporte elástico de las extremidades. Otras

complicaciones, como el desplazamiento hacia los órganos o falla primaria del material son anecdóticas. La incidencia de una nueva embolia pulmonar a pesar del filtro es muy baja, inferior al 5%, siendo éstas en general no masivas y por lo tanto no mortales.

QUE RIESGOS TIENE

El riesgo de complicación es muy bajo, con una mortalidad menor a 0.2% y una incidencia de complicaciones inferior a 0.5% (trombosis, accidente cerebro vascular o hemorragia grave). De presentarse alguna de las anteriores, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cavografía +Implante Filtrovena Cava

FL-CDM-72
Rev.03

Dentro de los riesgos podemos enunciar:

1. Dolor y pequeño hematoma en el sitio de punción, que habitualmente no requiere ningún tratamiento.
 2. Rara vez se producen trombosis, sangramiento o lesiones de la arteria en el sitio de punción que puede requerir de tratamiento médico y eventual cirugía. A veces las complicaciones vasculares pueden ser permanentes.
 3. A veces se produce alergia al medio de contraste con enrojecimiento de la piel, picazón y vómitos los que mejoran solos o con ayuda de medicamentos antialérgicos.
 4. En casos excepcionales, una reacción alérgica puede provocar severos, y a veces shock y muerte del paciente. El medio de contraste, en situaciones poco frecuentes puede provocar daño a los riñones.
- 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.
- De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de éste Centro están disponibles para intentar solucionarla.

Hay otras alternativas
Y en tales condición

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cavografía + Implante Filtrovena Cava.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cavografía + Implante Filtrovena Cava.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cavografía + Implante Filtrovena Cava** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)