



Consentimiento Informado Para
Instalación De Un Filtro De Vena
Cava.

Consentimiento Informado Para Instalación De Un Filtro De Vena Cava.

Consentimiento Informado Para Instalación De Un Filtro De Vena Cava.

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
INSTALACION DE UN FILTRO DE VENA CAVA.

INFORMACIÓN

- 1) Un filtro de la vena cava es un dispositivo metálico diseñado para evitar la migración de trombos (coágulos sanguíneos) desde alguna localización hacia el pulmón, evitando de esta manera la producción de un cuadro de embolía pulmonar, complicación grave y potencialmente mortal.
- 2) Cuando existe un cuadro de trombosis venosa profunda, la principal indicación de tratamiento es la anticoagulación del paciente; sin embargo, existen situaciones en las que esta terapia no puede llevarse a cabo, siendo estas situaciones las que indican la instalación de un filtro de vena cava.
- 3) **Así, las principales indicaciones de instalación de un filtro de vena cava son:** Contraindicación del tratamiento anticoagulante, por ejemplo por alguna condición de
 - Hemorragia previa, riesgo de sangrado o cirugía reciente.
 - Complicaciones del tratamiento anticoagulante, especialmente por algún tipo de sangrado potencialmente grave.
 - Fracaso del tratamiento anticoagulante, como es la progresión del cuadro de trombosis o embolía pulmonar pese a la terapia adecuada.
- 4) **Otras indicaciones de instalación de filtro son:** trombo flotante en la vena cava, paciente politraumatizado, TEC grave, cirugías de alto riesgo, embolía pulmonar recurrente, entre otras.
- 5) El procedimiento consiste en introducir el dispositivo a través de la punción de una vena en la región cervical o inguinal, avanzando dicho dispositivo hacia la vena cava, utilizando como guía un sistema de monitor conectado a un equipo de rayos X. Mediante la inyección de sustancias llamadas medios de contraste, se localiza el sitio exacto donde se ubicará el filtro.
- 6) Como se señaló, para la realización de este procedimiento, se necesita el uso de medio de contraste, que permite la correcta ubicación del dispositivo en el sitio determinado. El uso de medio de contraste tiene complicaciones propias a ello, como es el daño de la función renal secundario a la utilización de ese medio de contraste, tomándose regularmente las medidas para prevenir esta complicación. Algunos pacientes pueden manifestar reacciones alérgicas al medio de contraste, el que es en base a yodo. Reacciones alérgicas graves pueden ocurrir, aunque son poco frecuentes.
- 7) El tipo de anestesia habitualmente utilizada para este procedimiento es anestesia local en el sitio de punción, habitualmente acompañado de sedación, pero esto será evaluado en cada caso por el cirujano y/o anestesista, dependiendo del procedimiento mismo y las condiciones del paciente.
- 8) Es posible que durante el procedimiento, se deba realizar modificaciones de lo planteado según los hallazgos encontrados, para proporcionar así un tratamiento más adecuado.
- 9) A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse complicaciones tanto algunas comunes a cualquier procedimiento invasivo (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales de tipo cardiológico u otras, las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes.
- 10) Dentro de las complicaciones específicas de estos procedimientos, las que en general son poco frecuentes, se encuentran:
 - Migración del filtro a un sitio no deseado
 - oclusión del filtro por trombos
 - Formación de hematomas en el sitio de punción
 - Formación de pseudoaneurismas o fístulas, producto de la punción de un vaso

- Perforación de algún vaso sanguíneo
- Deterioro de la función del riñón, la que suele ser transitoria. Infección en el sitio de acceso
- Infección del dispositivo

11) Estas complicaciones, para su solución, muchas veces requieren medidas de manejo conservador; sin embargo, en ocasiones, puede ser necesaria la realización de una intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos, puede ser de urgencia.

12) Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente para este procedimiento.

Diagnóstico específico de la patología:.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
INSTALACION DE UN FILTRO DE VENA CAVA.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:

Firma del Paciente:..... Rut:

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).