

Autorización para cierre LEAKS

Don/Doña. _____, con D.N.I. _____, después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizado.

¿EN QUE CONSISTE?

Como usted sabe por la información que ha recibido del equipo médico que le atiende y después de los estudios realizados, se ha considerado necesaria la realización de un CIERRE PERCUTÁNEO DE LEAK PARAVALVULAR, también llamada CIERRE PERCUTÁNEO DE DEHISCENCIA PERIVALVULAR. Si tras leer este consentimiento desea más información o posibles alternativas, no dude en consultarlo con sus médicos.

El cierre percutáneo de leak paravalvular está indicado en pacientes portadores de una prótesis valvular cardiaca que presentan una dehiscencia (o defecto) a nivel del anillo protésico, que puede producir anemia severa (por rotura de los hematíes al atravesar el defecto) o insuficiencia cardiaca progresiva.

El procedimiento percutáneo puede conseguir la oclusión parcial o completa de la dehiscencia mediante implante de un dispositivo de pequeño tamaño a nivel del defecto, con mejoría o desaparición de los síntomas en las semanas siguientes a la intervención. Para ello se introducen catéteres en la arteria y venas femorales (por la ingle), atravesando el leak con la guía, para implantación final de un dispositivo de nitinol que ocluye el defecto (en ocasiones puede ser necesario la implantación simultánea de varios dispositivos).

El procedimiento se realiza mediante monitorización con ecocardiografía tranesofágica (introduciendo una sonda de ecografía en el esófago para poder visualizar el corazón) por lo que generalmente se precisa la realización de una intubación orotraqueal durante la intervención así como sedación profunda por parte del servicio de anestesia. Tras el procedimiento, generalmente se mantiene al paciente en observación durante 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos. Ocho de cada 10 pacientes sometidos a esta intervención obtienen una sustancial mejoría de los síntomas en el primer procedimiento. Ocasionalmente se precisa la realización de un segundo o tercer procedimiento para conseguir la oclusión completa del defecto.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes en este tipo de intervención son las derivadas de la punción femoral, incluyendo hematoma o sangrado externo o interno (en torno al 2%), que habitualmente se resuelven con el tiempo, pero que en algún caso puede ser necesaria la cirugía reparadora de la zona. Mucho más raro es la embolización del dispositivo que pudiera requerir intervención (1 de cada 200 pacientes). Muy raramente puede producirse otras complicaciones muy graves, e incluso fatales (se estima 1 de cada 1000 casos, si bien no se dispone de datos al respecto) en paciente previamente muy enfermos, tales como: embolias, infarto de miocardio o cerebral, arritmias, infecciones, parada cardiorespiratoria o muerte.

Riesgos personalizados:

En su actual estado clínico, los beneficios derivados del CIERRE PERCUTÁNEO DE LEAK PARAVALVULAR superan los posibles riesgos, por lo que se indica la conveniencia de realizar esta intervención. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería dispone de los medios y preparación para resolverlos y en ocasiones excepcionales puede requerir de intervenciones más complejas (colocación de drenajes, intervención quirúrgica urgente...).

Existe una posible alternativa a este tratamiento, que sería el cierre de la dehiscencia mediante cirugía, pero es una opción que en su caso conlleva un alto riesgo quirúrgico por lo que se ha desestimado como tratamiento inicial.

Si usted rechaza la intervención, en ningún caso se va a producir desatención sino que se le va a seguir tratando de mejor manera posible.

Usted debe saber que existe disponibilidad absoluta por parte del médico que le está informando a ampliar la información si usted así lo desea.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

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.

FECHA: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

MÉDICO INFORMANTE:
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
Nº de Colegiado:
Firma:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
D.N.I.:
Firma:

TESTIGO:
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
D.N.I.:
Firma:

En caso de **REVOCACIÓN/DENEGACIÓN** (táchese lo que no proceda) del consentimiento:

FECHA: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

MÉDICO
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
Nº de Colegiado:
Firma:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
D.N.I.:
Firma:

TESTIGO:
Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..
D.N.I.:
Firma: