

Autorización para cierre de orejuela

¿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 DE OREJUELA. Si tras leer este consentimiento desea más información o posibles alternativas, no dude en consultarlo con sus médicos.

El cierre percutáneo de orejuela izquierda es un procedimiento intervencionista mínimamente invasivo consistente en la inserción de un dispositivo o tapón en la boca de la orejuela izquierda (cavidad situada en la aurícula izquierda), lo que evitará la formación de trombos en esta cavidad permitiéndole la suspensión del tratamiento anticoagulante tras la intervención.

El procedimiento debe ser guiado por ecocardiografía transesofágica para permitir una adecuada visualización de la morfología y dimensiones de la orejuela, por lo que se realizará bajo sedación o anestesia general asistida por el anestesista, para favorecer una adecuada tolerancia a la sonda transesofágica.

Tras la intervención puede notar molestias en la zona de la ingle debidas a la punción y ocasionalmente una molestia torácica ligera en las siguientes horas al procedimiento.

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 requerir una cirugía reparadora de la zona. Mucho más raro es la embolización (o movilización) del dispositivo implantado, que generalmente ocurre durante el procedimiento y puede resolverse mediante captura y extracción del dispositivo por la ingle en la misma sala de Hemodinámica. Otra posible complicación es el taponamiento cardiaco, por paso de la sangre al espacio pericárdico (que es la bolsa que rodea el corazón) que en la mayoría de los casos puede resolverse en la sala de hemodinámica mediante drenaje del pericardio. Muy raramente pueden producirse otras complicaciones muy graves, e incluso fatales (se estima en 1 de cada 1000 casos) en pacientes previamente muy enfermos, tales como: embolias, infarto de miocardio o cerebral, arritmias, infecciones, parada cardiorrespiratoria o muerte.

Se emplean Rayos X, que son radiaciones ionizantes. Son muy seguros y sus ventajas superan a sus inconvenientes. Sin embargo, su utilización entraña algunos riesgos como son la aparición de malformaciones fetales en las mujeres embarazadas y otro, cuya probabilidad es remota es la aparición de tumores por la radiación.

En su situación clínica y tras una exhaustiva evaluación del balance riesgo-beneficio, su médico considera que los beneficios derivados del CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA 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 (ingreso en UCI, intubación orotraqueal, colocación de drenajes, intervención quirúrgica urgente...).

Existe una posible alternativa a este tratamiento, que sería la obliteración o cierre de orejuela mediante cirugía cardiaca, pero es una opción muy raramente empleada en la actualidad por ser más agresiva.

Si usted rechaza la intervención, en ningún caso se va a producir desatención sino que se le va a seguir tratando de la 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: A A A A A A A A A A A A A A A A A A		
MÉDICO INFORMANTE:	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:	
Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å	A A A A A A A A A A A A A A A A	Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å	
Nº de Colegiado:	D.N.I.:	D.N.I.:	
Firma:	Firma:	Firma:	

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

FECHA: Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å

MÉDICO	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:
Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å	Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å	Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å Å
Nº de Colegiado:	D.N.I.:	D.N.I.:
Firma:	Firma:	Firma: