

Autorización para valvuloplastias

D./Dña. _____, 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 una VALVULOPLASTIA. Si tras leer este consentimiento desea más información o posibles alternativas, no dude en consultarlo con sus médicos.

La valvuloplastia percutánea es un procedimiento intervencionista mínimamente invasivo consistente en dilatar la estrechez (estenosis) de una válvula cardíaca (mitral/aórtica/pulmonar o tricúspide) por medio de un balón que se introduce a través de la ingle (mediante acceso por vena o arteria femorales).

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el médico que realiza la prueba, aunque en la mayoría de los casos no precisará de una anestesia general (basta con anestesiar localmente la zona de la ingle en la que se va a realizar la punción).

En el procedimiento puede notar molestias en la zona de la ingle durante la punción. Al inyectar el contraste puede notar sensación de calor o náuseas ligeras. Durante la manipulación de los catéteres en el corazón también puede notar palpitaciones o sensación de taquicardia transitoria.

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 rotura de la válvula que provoca que ésta no cierre de manera correcta, produciéndose un escape (insuficiencia). Esta insuficiencia es impredecible y en 4 de cada 100 procedimientos es severa, requiriendo en cerca de la mitad de estos casos la corrección quirúrgica, aunque ésta sólo de manera excepcional tiene que realizarse de urgencia. Otra posible complicación es el taponamiento cardíaco, 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.

Riesgos personalizados:

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la VAVULOPLASTIA 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 apertura o sustitución de la válvula mediante cirugía cardíaca, pero es una opción que en la actualidad no se le indica 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: 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
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 INFORMANTE:
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: