

Consentimiento informado para implante de MITRACLIP

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

El mitraclip es un dispositivo que se utiliza para el tratamiento de la insuficiencia mitral.

¿Qué es la insuficiencia mitral? La insuficiencia mitral se produce por el cierre incompleto de la válvula mitral, que se sitúa entre la aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo provocando, durante la sístole (paso de sangre desde aurícula a ventrículo), que refluya la sangre hacia la aurícula, disminuyendo el gasto cardiaco y aumento del esfuerzo del bombeo del corazón, pudiendo llegar a producir una insuficiencia cardiaca.

Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE EL IMPLANTE DE MITRACLIP

El dispositivo mitraclip consiste en un clip o grapa de cromo cobalto recubierto de poliéster con dos brazos articulados que se mueven de forma simétrica y que tienen un ángulo de apertura de entre 0 y 240º, que se utiliza para pinzar y unir los bordes de las valvas de la válvula mitral.

Durante esta intervención usted estará sometido a anestesia general, y se emplea como guía del proceso un eco transesofágico y fluoroscopia. La duración de la intervención será de, aproximadamente, 3 a 4 horas.

También cabe la posibilidad de que haya que modificar el procedimiento durante su realización para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se podría utilizar un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contrastes debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

RIESGOS DEL IMPLANTE DE MITRACLIP

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.), y los específicos del procedimiento que a continuación le exponemos:

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la técnica que vamos a realizar:

- COMPLICACIONES EXTRACARDIACAS:

- Zona del acceso vascular: pseudoaneurisma, fístula arteriovenosa, hemorragia, disección, rotura del vaso.
- Síntomas accidente cerebrovascular, embolias, trombos, reacciones anafilácticas.
- Infección local o generalizada (sepsis).
- Alteraciones cardiacas (arritmias).

- COMPLICACIONES CARDIACAS:

- Punción transeptal: derrame pericárdico, taponamiento cardiaco, hematoma aórtico, disección.
- Arritmias o parada cardiorrespiratoria.
- Infecciones (endocarditis).
- Por el dispositivo o técnica: rotura de cuerdas tendinosas, perforación de cavidades, embolias, migración del dispositivo, estenosis mitral, aumento de la insuficiencia mitral.

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.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DOY MI CONSENTIMIENTO de forma libre y voluntaria para que se me sea realizado el implante de mitraclip. 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.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

PACIENTE/REPRESENTANTE:

D.N.I.:

Fdo.:

MÉDICO:

Nº Colegiado:

Fdo.:

En _____, a _____ de _____ de 20__