

CARDIOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIERRE PERCUTANEO DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR

Nombre del paciente:

Nº de historia:

Nombre del médico que le informa:

Fecha:

En qué consiste:

Ha sido usted diagnosticado, por su cardiólogo, de una malformación congénita que consiste en un defecto a nivel del tabique que separa las aurículas en el corazón. El cierre percutáneo de la comunicación interauricular consiste en cerrar ese defecto mediante un dispositivo que se implanta por vía percutánea. Para ello el paciente está bajo anestesia general. Una vez anestesiado se introduce la sonda del ecocardiograma, a través del esófago, para visualizar el interior del corazón durante el procedimiento.

Se introducen catéteres, (tubos de plástico muy finos, largos y flexibles) a través de las arterias y venas de la zona, dirigiéndolos hasta el corazón, mediante control por radioscopía. Una vez allí se miden las presiones y se determina el tamaño del orificio que condicionará el tamaño del dispositivo. El dispositivo para cerrar el orificio de la comunicación interauricular, se introduce a través de la ingle, y es una especie de doble paraguas que queda adherido al tabique entre ambas aurículas. Durante la exploración se controla permanentemente el electrocardiograma y, para prevenir infecciones, se administran antibióticos. La duración del estudio es variable y, una vez finalizado, el paciente deberá permanecer en cama varias horas.

Riesgos típicos:

Puede tener molestias en la zona de punción, e incluso aparecer un hematoma que se reabsorberá, casi siempre, espontáneamente. Otras complicaciones pudieran llegar a ser graves (hemorragia que necesite transfusión sanguínea, arritmias severas (alteraciones del ritmo del corazón) e incluso algunas pueden requerir actuación urgente (movilización del dispositivo de cierre que puede precisar cirugía inmediata), embolias (obstrucción de vasos sanguíneos); el riesgo de muerte está en torno al 1%.

Riesgos personalizados:

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

-
-
-

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea realizado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

Alternativas posibles:

Esta prueba está indicada preferentemente en su caso como alternativa terapéutica al cierre quirúrgico bajo circulación extracorpórea.

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

Declaro *que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.*

*Estoy **satisfecho** con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.*

En consecuencia, doy mi consentimiento para realizar el cierre percutáneo de la comunicación interauricular.

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.)

Nombre del representante legal:

Firma.

D.N.I.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha revoco el consentimiento prestado para la realización del cierre percutáneo de la comunicación interauricular

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad de la paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, etc)

Nombre del representante legal

Firma del representante legal

D.N.I.