

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
**ANGIOPLASTIA, VALVULOPLASTIA, PRÓTESIS VASCULAR CON CATÉTER-BALÓN.**

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **ANGIOPLASTIA. VALVULOPLASTIA. PROTÉSIS VASCULAR CON CATÉTER-BALÓN** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

**1- ¿QUÉ ES?**

ES UNA FORMA DE TRATAMIENTO APLICABLE A PACIENTES QUE TIENEN UNA ESTRECHEZ (ESTENOSIS) CONGÉNITA O ADQUIRIDA DE ALGUNA VENA, ARTERIA O VÁLVULA DEL CORAZÓN.

**2- ¿PARA QUÉ SIRVE?**

PERMITE REDUCIR O SUPRIMIR ESTA ESTRECHEZ DILATÁNDOLA, A FIN DE FACILITAR EL PASO DE LA SANGRE POR LA MISMA Y MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DEL CORAZÓN.

**3- ¿CÓMO SE REALIZA?**

SE REALIZA ESTANDO EL PACIENTE EN AYUNAS Y TUMBADO. SE LE APLICA SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O ANESTESIA GENERAL (A VECES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL), PARA QUE NO RESULTE DOLOROSA. SE INTRODUCEN CATÉTERES (TUBOS DE PLÁSTICO MUY FINOS, LARGOS Y FLEXIBLES) A TRAVÉS DE LAS ARTERIAS Y VENAS DE LA ZONA (INGLE, AXILA, CUELLO, ETC.) DIRIGIÉNDOLAS HASTA EL CORAZÓN O ZONA DE LA ESTRECHEZ, MEDIANTE CONTROL POR RAYOS X. UNA VEZ ALLÍ SE MIDEN LAS PRESIONES Y EL FLUJO SANGUÍNEO.

SE INYECTA CONTRASTE RADIOLÓGICO PARA CONOCER Y MEDIR LA ZONA Y TAMAÑO DE LA ESTRECHEZ Y DE LAS CAVIDADES CARDÍACAS. A NIVEL DE LA ESTENOSIS SE COLOCA UN CATÉTER QUE TIENE UN GLOBO ALARGADO EN SU EXTREMO; AL INFLAR ÉSTE A PRESIÓN, SE DILATA LA VÁLVULA AFECTADA (VALVULOPLASTIA) O LA ZONA ESTRECHA VASCULAR (ANGIOPLASTIA). ESTA MANIOBRA PUEDE REPETIRSE. EN OCASIONES ES PRECISO COLOCAR DENTRO DE LA LUZ ARTERIAL O VENOSA UN TUBO O UNA MALLA METÁLICA EXPANDIBLE (PRÓTESIS VASCULAR O STENT) QUE SOPORTE LAS PAREDES DEL VASO Y MANTENGA ABIERTA LA ARTERIA O VENA. SE VUELVEN A MEDIR LAS PRESIONES Y EL FLUJO DE SANGRE A SU TRAVÉS PARA COMPROBAR LOS RESULTADOS.

**4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?**

ESTA INTERVENCIÓN GENERALMENTE CURSA SIN COMPLICACIONES, AUNQUE CONLLEVA UNOS RIESGOS DE REACCIONES ALÉRGICAS, SANGRADO, HEMATOMA EN LA ZONA DE PUNCIÓN, ARRITMIAS, FORMACIÓN DE COÁGULOS DE SANGRE, DAÑO CEREBRAL, ROTURA DEL VASO, EMBOLIZACIÓN DEL STENT AL SITIO NO DESEADO, ETC. Y EN ALGUNOS CASOS LA MUERTE.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, DADA SU SITUACIÓN CLÍNICA Y SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES, SON: .....

TAMBIÉN SE ME EXPLICA QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO PUEDEN APARECER SITUACIONES INESPERADAS QUE REQUIERAN ACTUACIONES ADICIONALES COMO LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE.

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 PRACTICADO. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE LE ATIENDE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

**5.- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?**

ESTE TRATAMIENTO ESTÁ INDICADO PREFERENTEMENTE EN ESTE CASO COMO ALTERNATIVA DE CIRUGÍA.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

### REPRESENTANTE LEGAL \*

EL MÉDICO DR./DRA. \_\_\_\_\_ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE \_\_\_\_\_. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. \_\_\_\_\_.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. \_\_\_\_\_ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN \_\_\_\_\_.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

### MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. \_\_\_\_\_ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

### DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

HOSPITAL \_\_\_\_\_ Hª CLÍNICA Nº \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_

HABITACIÓN / CAMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

### TESTIGO

YO, D. \_\_\_\_\_ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. \_\_\_\_\_ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. \_\_\_\_\_.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE \_\_\_\_\_.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

### REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. \_\_\_\_\_ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA \_\_\_\_\_ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. \_\_\_\_\_ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE \_\_\_\_\_.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor