

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ATRIOSEPTOSTOMIA CON BALÓN Y/O CUCHILLA

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **ATRIOSEPTOSTOMÍA CON BALÓN Y/O CUCHILLA** 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 UN TIPO DE TRATAMIENTO APLICABLE A PACIENTES CON ENFERMEDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS, Y EN LOS QUE SE PRECISA LA REALIZACIÓN DE UNA COMUNICACIÓN EN UN TABIQUE QUE SEPARA DOS CAVIDADES (AURÍCULAS) QUE EXISTEN DENTRO DEL CORAZÓN.

2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

ES UN PROCEDIMIENTO PALIATIVO QUE HACE TOLERABLE EL FUNCIONAMIENTO DEL CORAZÓN A PESAR DE LA EXISTENCIA DE UNA SITUACIÓN LÍMITE, QUE PUEDE SER SECUNDARIA A UN GRUPO DIVERSO DE ENFERMEDADES: 1) SITUACIONES QUE IMPIDAN UN CORRECTO FLUJO DE LA SANGRE DENTRO DEL CORAZÓN; 2) ANOMALÍAS DE LOS VASOS QUE SALEN DEL CORAZÓN; 3) ANOMALÍAS DE LOS VASOS QUE LLEGAN AL CORAZÓN; 4) HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA REFRACTARIA.

3- ¿CÓMO SE REALIZA?

EL PACIENTE ESTARÁ EN AYUNAS Y TUMBADO. SE UTILIZA ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN PROFUNDA CON FÁRMACOS PARA QUE NO RESULTE DOLOROSA, ESTO PUEDE PRODUCIR DISMINUCIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO POR LO QUE A VECES ES NECESARIO INTUBAR PARA MANTENER UNA VENTILACIÓN MECÁNICA ARTIFICIAL (COLOCAR UN TUBO EN LA GARGANTA PARA AYUDAR A RESPIRAR). LA ZONA DE PUNCIÓN ES VARIABLE (GENERALMENTE LA INGLE O EL OMBLIGO) Y A VECES, PUEDE SER NECESARIA UNA PEQUEÑA INCISIÓN EN LA PIEL PARA ACCEDER A LAS VENAS. A TRAVÉS DE ELLAS SE INTRODUCEN CATÉTERES (TUBOS DE PLÁSTICO MUY FINOS, LARGOS Y FLEXIBLES), DIRIGIÉNDOLOS HASTA EL CORAZÓN MEDIANTE CONTROL POR RADIOCOPIA O ECOCARDIOGRAFÍA. LA COMUNICACIÓN QUE SE QUIERE CREAR SE CONSIGUE MEDIANTE EL INFLADO DE UN BALÓN SITUADO EN EL EXTREMO DE ESTOS CATÉTERES Y SU RETIRADA BRUSCA. EN OCASIONES ES NECESARIO LA REALIZACIÓN DE DILATACIONES CON BALONES PROGRESIVAMENTE MAYORES, MODIFICADOS (BALÓN CON CUCHILLA) O LA UTILIZACIÓN DE MATERIAL ESPECÍFICO COMO CATÉTERES CON UN MECANISMO DE CUCHILLA. DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO Y DE COMPROBAR SU EFICACIA, SE RETIRAN LOS CATÉTERES Y SE COMPRIME EL SITIO DE PUNCIÓN, PARA QUE CIERRE ESPONTÁNEAMENTE Y ASÍ EVITAR QUE SANGRE (SI SE EFECTUÓ LA PRUEBA MEDIANTE DISECCIÓN DE LA PIEL Y DEL VASO SE SUTURARÁ LA HERIDA). DURANTE LA EXPLORACIÓN SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y SE MONITORIZA SU FRECUENCIA CARDIACA Y LA TENSIÓN ARTERIAL. LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ES VARIABLE, SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD O SEGÚN CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL PACIENTE.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES SE REFIEREN A: 1) LESIONES MENORES EN LAS VENAS DE ACCESO: SANGRADO (HEMATOMA), OCLUSIÓN (TROMBOSIS) E INFLAMACIÓN (FLEBITIS), Y 2) ARRITMIAS, GENERALMENTE TRANSITORIAS Y SIN NECESIDAD DE TRATAMIENTO. LAS COMPLICACIONES TÍPICAS MÁS GRAVES, AUNQUE POCO FRECUENTES SON: ARRITMIAS GRAVES, MUERTE, EMBOLIA AÉREA, PERFORACIÓN CARDIACA, LESIÓN INTRACARDÍACA (DAÑO VALVULAR TRICUSPÍDEO O MITRAL), ROTURA DE CATÉTERES O IMPOSIBILIDAD DE RETRAER LA CUCHILLA. PUEDE OCURRIR QUE DURANTE EL PROCEDIMIENTO SE NECESITE TRANSFUNDIR HEMODERIVADOS ("TRANSFUSIÓN DE SANGRE"). EN CUALQUIER CASO EL RIESGO DE LAS DISTINTAS COMPLICACIONES VARÍA EN FUNCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE BASE OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, EN SU CASO SON.....

EN SU ACTUAL ESTADO CLÍNICO, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTA PRUEBA SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE LE INDICA LA CONVENIENCIA DE QUE LE SEA PRACTICADA. 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?

ESTA PRUEBA ESTÁ INDICADA PREFERENTEMENTE EN SU CASO.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO , NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN A DICIONAL 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