

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CIERRE DE DUCTUS – C.I.A. – C.I.V. y VASOS ANÓMALOS

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **CIERRE DE DUCTUS – C.I.A. – C.I.V. y VASOS ANÓMALOS** 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 COMUNICACIONES CONGÉNITAS ENTRE LA AORTA Y LA ARTERIA PULMONAR (DUCTUS PERMEABLE), ENTRE AMBAS AURICULAS (COMUNICACIÓN INTERAURICULAR) O AMBOS VENTRÍCULOS (COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR) O BIEN VASOS ANÓMALOS QUE NECESITAN SER TAPONADOS.

2- ¿PARA QUE SIRVE?

PARA EVITAR QUE LA SANGRE PASE POR ESTOS DEFECTOS.

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.) DIRIGIÉNDOLOS HASTA EL CORAZÓN O ZONA DEL PASO ANÓMALO DE SANGRE, 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 COMUNICACIÓN Y EN ALGUNOS CASOS, SE INTRODUCE UNA Sonda de Eco-TRANSESOFÁGICA A TRAVÉS DE LA BOCA Y SE AVANZA HASTA LA ALTURA DEL CORAZÓN DENTRO DEL ESÓFAGO (VER CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA). UNA VEZ CONOCIDO EL TAMAÑO Y FORMA DE LA COMUNICACIÓN SE INTRODUCE A TRAVÉS DEL CATÉTER EL DISPOSITIVO CONVENIENTE PARA CERRARLA (ESPIRALES, TAPONES, ETC.). DURANTE LA EXPLORACIÓN SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ELECTROCARDIOGRAMA Y LA SATURACIÓN DE OXÍGENO.

LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ES VARIABLE, DEBIENDO EL PACIENTE PERMANECER EN CAMA VARIAS HORAS DESPUÉS.

4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

ESTA INTERVENCIÓN GENERALMENTE CURSA SIN COMPLICACIONES, AUNQUE CONLLEVA UNOS RIEGOS DE REACCIONES ALÉRGICAS, SANGRADO, HEMATOMA EN LA ZONA DE PUNCIÓN, ARRITMIAS, FORMACIÓN DE COÁGULOS DE SANGRE, DAÑO CEREBRAL, PÉRDIDA DE SENSACIÓN, DESPRENDIMIENTO Y EMBOLIZACIÓN EN SITIO NO DESEADO DEL DISPOSITIVO Y EN ALGUNOS CASOS, LA MUERTE. LAS POSIBILIDADES DE QUE ESTOS DAÑOS OCURRAN ME HAN SIDO EXPLICADAS.

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 EN 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