



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?** Es un procedimiento para impedir que la sangre circule por una parte de la aurícula izquierda del corazón (la orejuela). La orejuela es el lugar donde suelen formarse los coágulos en pacientes con fibrilación auricular. Si estos coágulos se desprenden, pueden ocasionar una embolia. Por ello se recomienda a pacientes con fibrilación auricular recibir tratamiento anticoagulante. Una alternativa a este tratamiento anticoagulante consiste en la oclusión de la orejuela: se excluye la orejuela de la circulación mediante un dispositivo mecánico (una especie de tapón) y al no circular sangre en su interior no se forman coágulos.
2. **¿Cómo se realiza?** Se realiza estando la persona en ayunas, bajo anestesia general y tumbada. Durante todo el procedimiento se realiza control mediante ecocardiografía transesofágica, para lo que se introduce una sonda –como un endoscopio- por la boca y se mantiene en el esófago. Se le realizará una punción en la arteria de la muñeca izquierda o derecha para controlarle en todo momento la tensión arterial. A través de las venas de la ingle se introduce un catéter (cable muy fino, largo y flexible), dirigiéndolo hasta el corazón mediante control por rayos X. Se debe acceder a la aurícula izquierda, lo que se realiza mediante una punción en la pared que une ambas aurículas del corazón (punción transeptal). Para evitar la formación de coágulos se impide que la sangre coagule mediante fármacos intravenosos. A través del catéter que se ha llevado hasta la aurícula izquierda se introduce el dispositivo de cierre de la orejuela y se coloca en la misma. Cuando se comprueba que la colocación es correcta se libera el dispositivo del catéter y se finaliza el procedimiento. La duración del procedimiento es variable (1-2 horas), debiendo permanecer el paciente en cama varias horas después, por lo que es habitual que quede ingresado. La eficacia del dispositivo para prevenir las embolias en pacientes con fibrilación auricular es similar a la de los anticoagulantes orales.
3. **¿Qué riesgos tiene?** Es un procedimiento seguro y la frecuencia de complicaciones es baja
 - Las complicaciones más frecuentes (alrededor del 1,5%) incluyen reacciones alérgicas y complicaciones vasculares venosas (hematoma, sangrado y trombosis).
 - Otras complicaciones más infrecuentes incluyen el accidente cerebrovascular, arritmias, perforación cardíaca, desplazamiento del dispositivo dentro del corazón y eventualmente paro cardíaco.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Evita la formación de coágulos en el interior de la orejuela disminuyendo el riesgo tromboembólico.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

Sigue existiendo riesgo tromboembólico, que deberá controlarse con fármacos anticoagulantes.

6. Alternativas

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso. Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

7. Riesgos en función de su situación

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



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA
TANCAMENT PERCUTANI D'APÈNDIX AURICULAR ESQUERRE /
CARDIOLOGÍA
CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA**

8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELEFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	--	-----------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE
---------------------	--------------	---	--------------------------------------

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

_____, _____ d _____ de _____
Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la
sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE
INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

_____, _____ d _____ de _____
Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la
sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

_____, _____ d _____ de _____
Pacient o representant / *Paciente o representante* Professional de la sanitat / *Profesional de la
sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*