

1. ¿Qué es? Es un tipo de tratamiento aplicable a pacientes que tienen un defecto en el tabique que separa las aurículas en el corazón (interauricular). Permite corregir los defectos del tabique con el fin de mejorar el funcionamiento del corazón.

2. ¿Cómo se realiza? Se realiza estando el paciente en ayunas, sedado o anestesiado. 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 radioscopia. Una vez allí, se miden las presiones desde su interior y el flujo sanguíneo. Se inyecta un contraste para conocer el tamaño y la forma de las cavidades y el estado de las válvulas. A nivel del defecto que existe en el tabique interauricular se coloca un dispositivo (similar a un paraguas) que acoplado a dicho defecto consigue cerrar la comunicación existente entre las aurículas. Después de confirmar el resultado y registrar todos los datos necesarios 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 electrocardiograma. El estudio se realiza controlado con ecocardiografía esofágica. La duración del procedimiento es variable, debiendo permanecer el paciente en cama varias horas después.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? Como el procedimiento se realiza con anestesia existe el riesgo, aunque muy bajo, de las complicaciones derivadas de la misma.

- **Frecuentes:** molestias leves en la zona de punción e incluso aparecer un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente.
- **Infrecuentes:** reacciones alérgicas imprevistas. Otras complicaciones pudieran llegar a ser graves (hemorragia que necesite transfusión, arritmias severas), e incluso algunas requerir actuación urgente (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular). El riesgo de muerte es inferior al 1 por 100.

4. Consecuencias previsibles de su realización: corregir los defectos del tabique interauricular con el fin de mejorar el funcionamiento del corazón. Los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan a los posibles riesgos, por ello se indica la conveniencia de que sea practicado.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: persistencia o empeoramiento de los síntomas cardíacos

6. Alternativas: la cirugía de reparación del defecto del tabique interauricular.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

REVOCAIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Firma:

Profesional sanitario

Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. 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