

IMPLANTE PERCUTÁNEO DE CLIP MITRAL

1. ¿Qué es? Es un tratamiento terapéutico para los pacientes que presentan insuficiencia mitral severa (alteración en el cierre de la válvula) y sintomática que no se consideran subsidiarios de tratamiento quirúrgico por el elevado riesgo que conlleva la intervención.

2. ¿Cómo se realiza? Consiste en la colocación de una grapa metálica introducida a través de una vena femoral (situada en la pierna), accediendo a la válvula mitral a través de una punción transeptal. Se realiza con anestesia general. Tras puncionar la vena femoral se aborda la aurícula izquierda, mediante un cateterismo transepto (a través del tabique cardíaco) posicionando finalmente el clip mitral sobre la válvula con la ayuda de la ecocardiografía transesofágica. También es necesario canalizar otra vena central para introducir suero y medicación si fuera necesario. El procedimiento puede durar 2-5 horas. Es preciso estar en ayunas.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? se trata de una intervención importante en la que, en raras ocasiones, pueden aparecer complicaciones relacionadas con cualquiera de los sistemas y aparatos del cuerpo (cerebro, tubo digestivo, extremidades, corazón, riñones, etc...).

- **Frecuentes:** el conjunto de los riesgos en casos normales intervenidos de manera programada, no supera el 15% en función de las condiciones del paciente.
- **Infrecuentes:** la mortalidad durante el procedimiento y la mortalidad al mes es inferior al 3%. Otras complicaciones son el taponamiento pericárdico (acumulo de sangre alrededor del corazón que le impide trabajar normalmente); trombosis o accidente cerebrovascular; insuficiencia renal, infarto de miocardio; insuficiencia respiratoria

4. Consecuencias previsibles de su realización: permitir mejorar la calidad de vida (disminuir grado de disnea (dificultad respiratoria) y supervivencia de los pacientes con insuficiencia mitral severa sintomática.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: el riesgo de muerte es muy elevado, pudiendo alcanzar el 50- 60% al año.

6. Alternativas: sólo se dispone de dos tratamientos que son la cirugía cardíaca o seguir con tratamiento médico. En caso de no querer realizarse este implante por vía percutánea el paciente seguiría tratamiento farmacológico.

7. Riesgos en función de su situación:

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

IMPLANTE PERCUTÁNEO DE CLIP MITRAL

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	NUM. 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