

1. ¿Qué es? Es un procedimiento que consiste en reparar o sustituir la válvula tricúspide a través de dispositivos transcatóter, en pacientes cuyo riesgo quirúrgico es muy alto y que no son candidatos a una cirugía abierta. Existen casos en los que la válvula está tan dañada que no puede ser abordada, en estos casos existe la posibilidad de paliar los síntomas de la insuficiencia a través del implante de sistemas valuados en la zona de las venas cavas.

La válvula tricúspide regula el paso de sangre entre la aurícula derecha y el ventrículo derecho. La insuficiencia tricúspide se produce por un inadecuado cierre de la misma de tal forma que una cantidad de sangre vuelve a la aurícula derecha. Esto produce aumento de presión retrógradamente que se transmite hacia ambas venas cavas que lleva a la aparición de los síntomas, fundamentalmente la cansancio e hinchazón de miembros inferiores y abdomen.

2. ¿Cómo se realiza? Se realiza con el paciente bajo anestesia general y en ayunas debido a la necesidad de monitorizar el procedimiento con eco transesofágico. Se aplica, además, anestesia local en la zona de la piel donde se va a pinchar. En ocasiones, es posible que se necesite una pequeña incisión en la piel. Se introducen catéteres (tubos de plástico, muy delgados, largos y flexibles) hasta el corazón mediante control con Rayos X y eco transesofágico. Se canulan las dos venas femorales (en ambas piernas) para el implante y una vía arterial para control de tensión arterial. Se llega a la aurícula derecha y vena cava superior (VCS) con un catéter especialmente diseñado y que permite desplegar la prótesis de la cava superior y en la cava inferior. Es necesario realizar inyecciones de contraste para verificar la correcta posición de los dispositivos. En algunos casos se podría dejar un pequeño introductor durante varias horas por motivos de seguridad, retirándose posteriormente. Mientras se ejecuta la intervención se monitoriza constantemente el electrocardiograma. La duración del procedimiento es variable, y una vez finalizado el paciente debe permanecer en cama varias horas. El éxito técnico inicial se produce en más de 90/100 casos.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes:** como cualquier procedimiento de cateterismo cardíaco, se puede asociar a riesgo de arritmia, embolismo, infarto de miocardio, infarto cerebral, o lesiones vasculares (fístula, hemorragia, hematoma, pseudoaneurisma) en la región de la introducción de catéteres
- **Infrecuentes:** complicaciones mayores como muerte, necesidad de cirugía urgente, taponamiento cardíaco, ocurren en menos del 5%. Otras complicaciones como fractura del dispositivo, embolización del dispositivo, erosión de estructuras contiguas han sido raramente descritas.

4. Consecuencias previsibles de su realización: reparar la válvula tricúspide y por tanto paliar los síntomas de la insuficiencia tricúspide.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: continuar sin reparar la válvula tricúspide y por tanto con la insuficiencia y los síntomas derivados de esta patología.

6. Alternativas: tratamiento exclusivamente médico, cuando los pacientes han sido descartados por el equipo de cirugía por su riesgo.

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