
1. ¿Qué es? Es un tratamiento aplicable a pacientes que tienen estenosis (estrecheces) de alguna de las válvulas del corazón, permitiendo reducir o suprimir dichas estrecheces, dilatándolas con el fin de mejorar el funcionamiento del corazón.

2. ¿Cómo se realiza? Estando el paciente en ayunas, consciente, aunque sedado y tumbado. Se le aplica anestesia local en la zona de punción (la ingle frecuentemente, o el brazo), para que la exploración no resulte dolorosa. Ocasionalmente puede ser necesaria una pequeña incisión en la piel. 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 de la válvula estrecha (estenótica) se coloca un catéter que tiene un globo alargado en su extremo; al inflar éste a presión se dilata la válvula afectada (valvuloplastia). Esta maniobra puede repetirse. Se vuelven a medir las presiones y el flujo de sangre a su través para comprobar los resultados. Después de 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. La duración del procedimiento es variable, debiendo permanecer el paciente en cama varias horas después.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes:** a lo largo del procedimiento puede notar palpitaciones por los catéteres o tras las inyecciones de contraste; este último produce sensación pasajera y tolerable de calor en la cara, y raramente reacciones alérgicas imprevistas. Puede tener molestias leves en la zona de punción e incluso aparecer un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente.
- **Infrecuentes:** 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, rotura de la válvula que precisa cirugía inmediata, 2 por 100); el riesgo de muerte está en torno al 1 por 100.

4. Consecuencias previsibles de su realización: reducir o suprimir estrecheces de las válvulas del corazón, dilatándolas y por tanto mejorar el funcionamiento del corazón

5. Consecuencias previsibles de su no realización: en el actual estado clínico del paciente, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan a los posibles riesgos. Por este motivo se indica la conveniencia de que le sea practicado.

6. Alternativas: la cirugía de reparación o de sustitución de la válvula.

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	CATEGORIA 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: