

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN SEPTAL ALCOHÓLICA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La ablación septal con alcohol es un procedimiento no quirúrgico para tratar la miocardiopatía hipertrófica obstructiva sintomática que no responde a tratamiento médico. La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por un aumento del grosor de las paredes del corazón. En algunas personas, el engrosamiento afecta a una zona del corazón llamada tabique o septo interventricular provocando un estrechamiento de la zona por donde la sangre sale del corazón (forma obstructiva). Cuando se da esta situación, el corazón tiene que realizar un esfuerzo mayor para expulsar la sangre, provocando una serie de síntomas, como fatiga, falta de aire, dolor en el pecho, mareo o pérdida del conocimiento.

El procedimiento consiste, previa anestesia local, en la punción de una vena de la ingle o del brazo para introducir en su interior un tubo muy pequeño (catéter). Con la ayuda de rayos X y contrastes radiológicos, se guía ese tubo hasta la arteria que lleva la sangre a la zona engrosada (septo) y se administra a través de él, etanol (un tipo de alcohol). La muerte de las células provocada por el alcohol hace que el grosor del tabique se reduzca y disminuya el grado de obstrucción.

Tras finalizar el procedimiento se retira el material y se comprime la zona de la punción unos minutos para evitar el sangrado. En ocasiones es necesario colocar un vendaje compresivo.

Durante este procedimiento suele ser necesaria la implantación de un marcapasos de forma transitoria, aunque en raras ocasiones debe ser mantenido de forma permanente.

La finalidad de la técnica es aliviar o eliminar los síntomas derivados de la obstrucción que provoca el engrosamiento del septo interventricular.

### **CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA**

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### **RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Sangrado o hematoma en la zona de punción.
- Dolor torácico (angina) durante el procedimiento y/o tras el mismo.
- Arritmias transitorias que se perciben como palpitaciones.
- Reacción alérgica al contraste radiológico.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Necesidad de un marcapasos permanente por ritmo cardiaco lento.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Deterioro de la función renal por empleo de contrastes radiológicos.
- Acumulación de líquido alrededor del corazón (derrame pericárdico).

- Arritmias graves.
- Perforación del tabique interventricular.
- Infarto agudo de miocardio, ictus o embolia pulmonar.
- De forma muy infrecuente puede tener consecuencias fatales.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Por la complejidad del procedimiento pueden ser necesarios niveles altos de radiación, con un bajo riesgo adicional de lesiones en piel (enrojecimiento, quemaduras o depilación). Si se usan niveles altos de radiación será advertido para que vigile la posible aparición de los efectos mencionados y realizarle un seguimiento. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene    ☐ Diabetes    ☐ Obesidad    ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia    ☐ Edad Avanzada    ☐ Tabaquismo    ☐ Tratamiento anticoagulante

☐ .....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

*Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.*

### CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Miectomía septal (cirugía).
- Tratamiento farmacológico.

### AUTORIZACIÓN PARA “ABLACIÓN SEPTAL ALCOHÓLICA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con el D./Dª. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cardiología*

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: