



Implante de marcapasos cardíaco permanente

1. ¿Qué es?

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo (lentas o rápidas), o de la conducción cardíaca (bloqueos). Consiste en colocar un generador interno de impulsos eléctricos y un cable-electrodo intravenoso e intracardiaco mediante una pequeña intervención quirúrgica.

2. ¿Para qué sirve?

Permite mantener un ritmo adecuado de las pulsaciones del corazón, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

3. ¿Cómo se realiza?

El paciente permanecerá consciente, eventualmente con sedación y excepcionalmente con anestesia general. Se aplica anestesia local en el lugar elegido (bajo la clavícula o en la axila). Se coloca debajo de la piel de dicha zona un pequeño aparato electrónico (generador) que producirá impulsos eléctricos, y se une al/los cables (electrodos), según el dispositivo que requiera. Estos electrodos se introducen por una vena y se les hace avanzar hasta el corazón con control radioscópico. Una vez comprobado el correcto funcionamiento del marcapasos se cierra la herida de la piel con unos puntos de sutura. Después de la implantación el paciente deberá permanecer en reposo varias horas. Unos días antes del examen, pregunte a su médico como debe tomar la medicación. Si es alérgico al yodo o a medicamentos deberá informarlo en la consulta cuando se le indica el procedimiento y a su ingreso. La medicación anticoagulante o las alteraciones de la coagulación deben ser referidas a su médico, así como la existencia de marcapasos o prótesis, o cualquier otra enfermedad de índole específico que sufra.

Para entrar a la Sala de Electrofisiología debe quitarse las prótesis dentales (si las tuviera) y alhajas.

4. ¿Qué riesgos tiene?

Los riesgos son escasos y leves (molestias en la zona de implantación del generador, hematoma) y pocas veces son relevantes (neumotórax, hemorragia que precise transfusión). Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o intracardiaca, embolia pulmonar, sepsis, perforación cardíaca con taponamiento), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente; el riesgo de muerte es excepcional (1-2 por 1.000).

Desplazamiento del electrodo, fractura del electrodo, Infección del bolsillo, endocarditis. En general las complicaciones se resuelven con tratamiento médico, pero excepcionalmente puede llegar a requerir una intervención quirúrgica. También puede presentar estimulación diafragmática, pectoral. Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales,

son.....
.....
.....

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

5. ¿Hay otras alternativas?

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso.



6. Con el propósito del avance de la ciencia médica y garantizando mi privacidad, consiento la utilización de la información de mi caso clínico, resultados de estudios y/o tratamientos realizados para la investigación y divulgación científica.

7. Consentimiento.

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en calidad de paciente cuyos datos personales se detallan, sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea realizado un estudio electrofisiológico cardíaco y ablación, a la persona individualizada al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y a su respecto, declara(n) que:

- 1) La información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información de parte del médico tratante en todo lo relacionado con al acto médico a practicarse.
- 2) Acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;
- 3) Ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se le explicaran las consecuencias de esta negativa;
- 4) En definitiva, ha(n) recibido la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 201__ .

Médico tratante:

Nombre _____

El firmante deja constancia: que el paciente si/no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA _____

SOCIO

NOMBRE _____ C.I. _____ Domicilio _____

FIRMA _____

TELÉFONOS _____

NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO.

Niños: El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), El mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual ha sido al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente.

Imposibilitados: El firmante deja constancia que al paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA _____

Representante _____ C.I. _____ Domicilio _____

Teléfonos _____



Relación con el socio _____ - (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio). El suscrito declara, bajo juramento que ejerce de modo legítimo y a estos efectos la representación del socio identificado en este instrumento.

Firma _____

Derecho a no otorgar consentimiento / revocación de consentimiento informado.

En este caso se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento _____ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar este consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

Negativa de Consentimiento.

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de _____, no consiento su realización.

FIRMA _____

Representante (s) _____

Nombre _____ C.I. _____ Domicilio _____

Teléfonos _____

Relación con el socio _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio). El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce de modo legítimo y a estos efectos la representación del socio identificado en este instrumento.

Firma _____

Revocación del Consentimiento.

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha ____/____/____ para realizar procedimiento de _____

Firma _____

Representante(s)

Nombre _____ C.I. _____ Domicilio _____

Teléfonos _____

Relación con el socio _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Pariente; o designado por el socio). El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce de modo legítimo y a estos efectos la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____.