

# Implantación de marcapasos cardiaco permanente



## INFORMACION GENERAL

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo (lentas o rápidas), o de la conducción cardiaca (bloqueos). Consiste en colocar un generador interno de impulsos eléctricos y un cable-electrodo intravenoso e intracardiaco mediante una pequeña intervención quirúrgica. Permite mantener un ritmo adecuado de las pulsaciones del corazón, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

## EN QUE CONSISTE LA IMPLANTACION DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE.

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 eléctrico (generador) que producirá impulsos eléctricos, y se une a uno de dos cables (electrodos), según los casos, muy finos y flexibles. Estos 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. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo.

## RIESGOS DE LA IMPLANTACION DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del mismo y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

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 cardiaca con taponamiento), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente. 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.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento medico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS.

---

---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso.

Si después de leer detenidamente este documento desea mas información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

### Consentimiento

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **IMPLANTACION DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 8,9 y 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. \_\_\_\_\_ Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

#### TESTIGO

D.N.I.:

Fdo.:

#### PACIENTE

D.N.I.:

Fdo.:

#### MEDICO

Dr.:

Nº Colegiado.:

Fdo.:

#### REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:

Fdo.:

En....., a..... de..... de 20.....

### Denegación o Revocación.

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

#### TESTIGO

D.N.I.:

Fdo.:

#### PACIENTE

D.N.I.:

Fdo.:

#### MEDICO

Dr.:

Nº Colegiado.:

Fdo.:

#### REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:

Fdo.:

En....., a..... de..... de 20.....