hm hospitales

Formulario de consentimiento implantación de marcapasos con terapia de resincronización cardiaca

Información

1. ¿Qué es?

Es una forma de tratamiento para pacientes con insuficiencia cardiaca. Consiste en colocar un generador interno de impulsos eléctricos y unos cables-electrodos intravenosos e intracardiacos mediante una pequeña intervención quirúrgica.

2. ¿Para qué sirve?

Permite mantener un ritmo adecuado de las pulsaciones cardíacas, adaptado a las necesidades específicas del paciente. Además, el dispositivo permite aumentar la eficacia de la contracción cardiaca y con ello la capacidad de ejercicio, mejorando el pronóstico de su enfermedad.

3. ¿Cómo se realiza?

Se realiza habitualmente con sedación o anestesia general, según su caso particular. Se coloca en el lugar elegido, generalmente debajo de la clavícula, un pequeño aparato electrónico (marcapasos-resincronizador), y se une a dos o tres cables (electrodos), según los casos, muy finos y flexibles. Éstos se introducen por una vena y se les hace avanzar hasta el corazón con control radioscópico. El electrodo destinado a estimular el ventrículo izquierdo, se introduce a través de las venas cardiacas, las cuales se identifican mediante una venografía con contraste del sistema venoso coronario. Una vez posicionados los electrodos, se comprueba el correcto funcionamiento del aparato. Finalmente se cierra la herida de la piel con unos puntos de sutura. La duración del procedimiento es variable, dependiendo principalmente de la anatomía de las venas cardiacas, oscilando entre dos y cuatro horas, debiendo permanecer el paciente en cama varias horas después.

4. ¿Qué riesgos tiene?

Existen riesgos leves, como la percepción de dolor en la zona de implantación del generador, o la aparición de un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente. Pocas veces ocurren otros hechos más relevantes (neumotórax, hemorragia que precise transfusión, insuficiencia cardiaca). Existen casos especialmente complejos en los que no es posible implantar el electrodo del ventrículo izquierdo (en torno al 8%). Si alguno de los electrodos correctamente posicionados se desplazara y perdiera su eficacia sería preciso realizar una reintervención. Otros problemas como la estimulación frénica (percepción de los latidos cardiacos a nivel abdominal) pueden resolverse generalmente reprogramando el dispositivo. Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o intracardiaca, embolia pulmonar, infección del dispositivo o sepsis, perforación cardíaca con taponamiento), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....

é ..

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.

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo REVOCAR este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

LUGAR Y FECHA:é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..

MÉDICO INFORMANTE:	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:
é é é é é é é é é é	é é é é é é é é é é é é é é é .	é é é é é é é é é é é é
Nº de Colegiado: é é é é .	D.N.I.: é é é é é é é é é	D.N.I.: é é é é é é é
Firma:	Firma:	Firma:

REVOCACIÓN DEL PACIENTE

En caso de **REVOCACIÓN/DENEGACIÓN** (*táchese lo que no proceda*) del consentimiento:

LUGAR Y FECHA:é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..

MÉDICO INFORMANTE:	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:
é é é é é é é é é é	é é é é é é é é é é é é é é é .	é é é é é é é é é é é é
Nº de Colegiado: é é é é .	D.N.I.: é é é é é é é é é	D.N.I.: é é é é é é é
Firma:	Firma:	Firma: