

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## IMPLANTACION DE MARCAPASO CARDÍACO



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Los marcapasos son aparatos electrónicos automáticos que liberan estímulos eléctricos capaces de estimular el músculo cardíaco y producir su contracción. Constan por lo tanto de un aparato generador de impulsos que se coloca debajo de la piel, generalmente en región infraclavicular o retromamaria mediante una incisión bajo anestesia local, y de un electrodo que conecta este generador con el corazón. El electrodo se introduce por vena cefálica, subclavia, axilar o femoral situando su terminal en el apex del ventrículo derecho, en la orejuela derecha (o en ambos si se trata de un sistema de estimulación bicameral) y conectando su extremo proximal al generador. Debe realizarse con el paciente en ayunas de 8 horas. Se debe realizar profilaxis antibiótica para evitar posibles infecciones en la bolsa del generador o sistémicas

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Tratamiento de los Bloqueos cardíacos, Disfunción sinusal, ciertos síncope, algunas taquicardias y miocardiopatías.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No existen otras pruebas alternativas

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Prevención de parada cardíaca, síncope y arritmias mas peligrosas

### RIESGOS FRECUENTES

Derivadas de la punción venosa: punción arterial, pseudoaneurisma, hematoma, flebitis, extravasación, embolismo gaseoso, neumotórax, hemotórax, tromboembolismo pulmonar y sistémico, lesión plexo braquial y nervio recurrente.

Derivadas del agente anestésico y del antibiótico: anafilaxia, vómito, broncoaspiración, parada cardiorrespiratoria.

Derivadas del manejo de los catéteres: perforación venosa o arterial, hemorragia, flebitis, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y sistémico, perforación cardíaca, taponamiento cardíaco, arritmias graves.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## IMPLANTACION DE MARCAPASO CARDÍACO

RIESGOS EN FUNCION DE LA  
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **COLOCACION DE MARCAPASO CARDÍACO**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE .....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **COLOCACION DE MARCAPASO CARDÍACO**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO .....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO .....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO