

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RECAMBIO DE GENERADOR



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE 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

La unidad de estimulación que se le implantó (marcapasos, desfibrilador, resincronizador,...) necesita ser sustituida por una nueva. Desde entonces ha estado acudiendo a revisiones a nuestra consulta externa y finalmente se le ha propuesto intervenir para cambiar el sistema actual.

Con anestesia local, se realizará una pequeña incisión en la piel colocándose una nueva unidad de estimulación bajo la piel unido a los cables que usted lleva implantados previamente.

En el quirófano se confirmará el correcto funcionamiento de los cables. Si no funcionaran bien se sustituirían por unos nuevos; en ese caso el procedimiento se convertiría en una operación similar a la inicial, dependiendo de qué cable fuera preciso recambiar. Por este motivo se le administra un modelo de documento de consentimiento informado similar al que firmó en aquella ocasión.

Lo más frecuente de una operación de recambio es precisar solamente una sustitución de la unidad de estimulación con lo que técnicamente es un procedimiento mucho más simple que la primera operación (se mantienen los cables ya colocados).

Posteriormente es preciso realizar controles periódicos en la consulta externa.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Mantener el correcto funcionamiento de su sistema de estimulación eléctrica.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

No existe alternativa al recambio de unidad de estimulación.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Correcto funcionamiento de su sistema de estimulación.
Prevención de muerte súbita.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Muerte súbita.

RIESGOS FRECUENTES

Habitualmente no hay ninguna complicación. Solo las molestias propias de la intervención, locales en la zona de implantación, en el brazo y formación de algún hematoma local.

Derivadas del manejo de los catéteres en caso de que fuera necesario:

Perforación venosa o arterial, hemorragia, flebitis, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y sistémico, perforación cardíaca, taponamiento cardíaco, arritmias graves, muerte, daño cerebral, sepsis, endocarditis bacteriana.

Existe un riesgo de infección poco frecuente (1.5%) ya que se toman las precauciones necesarias.

En caso de producirse sus consecuencias pueden ser muy importantes por transmitir la infección al corazón y no poderse extraer los cables por tracción ya que llevan varios años implantados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO RECAMBIO DE GENERADOR

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 **RECAMBIO DE GENERADOR**

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 PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **RECAMBIO DE GENERADOR**

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