

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**IMPLANTACIÓN DE MARCAPASO CARDÍACO TRANSITORIO**

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **IMPLANTACIÓN DE MARCAPASO CARDÍACO TRANSITORIO** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

**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 LA INTRODUCCIÓN POR UNA VENA DE UN CABLE-ELECTRODO HASTA EL INTERIOR DEL CORAZÓN, PARA CONECTARLO A UN GENERADOR EXTERNO DE IMPULSOS ELÉCTRICOS.

**2- ¿PARA QUÉ SIRVE?**

PERMITE MANTENER UNA FRECUENCIA ADECUADA DE LAS PULSACIONES DEL CORAZÓN, EN ESPERA DE LA COLOCACIÓN DE UN MARCAPASO DEFINITIVO O HASTA LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA QUE PRECISÓ EL MARCAPASO TRANSITORIO. SU IMPLANTACIÓN PUEDE HACERSE CON CARÁCTER URGENTE O ELECTIVO.

**3- ¿CÓMO SE REALIZA?**

SE REALIZA CON EL PACIENTE EN AYUNAS, TUMBADO, CON SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O ANESTESIA GENERAL (A VECES CON INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL), PARA QUE NO RESULTE DOLOROSO. A TRAVÉS DE LAS VENAS O ARTERIAS DE LA ZONA (INGLE, AXILA, CUELLO, ETC.), SE INTRODUCE UN CATÉTER (CABLE MUY FINO, LARGO Y FLEXIBLE) QUE SE DIRIGE HASTA LA PUNTA DEL CORAZÓN CON CONTROL RADIOSCÓPICO (RAYOS X). DICHO CABLE SE CONECTA EXTERNAMENTE A UN PEQUEÑO ESTIMULADOR ELÉCTRICO. DURANTE EL PROCEDIMIENTO SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ELECTROCARDIOGRAMA, LA TENSIÓN ARTERIAL, LA VENTILACIÓN Y EL CONTENIDO DE OXÍGENO SANGUÍNEO DEL PACIENTE. LA DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ES VARIABLE, DEBIENDO PERMANECER EL PACIENTE EN CAMA VARIAS HORAS DESPUÉS, EN GENERAL HASTA EL DÍA SIGUIENTE.

**4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?**

LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES ES ESCASA Y EN GENERAL SE TRATA DE COMPLICACIONES LEVES (SANGRADO, HEMATOMA EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN, FLEBITIS) Y POCAS VECES SON RELEVANTES (NEUMOTÓRAX, HEMORRAGIA QUE REQUIERA TRANSFUSIÓN). MUY RARAS SON OTRAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO (ARRITMIAS GRAVES, TROMBOSIS VENOSA O INTRACARDÍACA, INFARTO PULMONAR, SEPSIS, PERFORACIÓN CARDIACA CON TAPONAMIENTO), SI BIEN ALGUNAS DE ELLAS SON GRAVES, REQUIEREN ACTUACIÓN URGENTE Y PUEDEN CONDUCCIR EXCEPCIONALMENTE AL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE (1-2 POR 1.000). EN EL PROCEDIMIENTO SE UTILIZAN RAYOS X, PERO SOLO EN DOSIS MUY SUPERIORES A LAS UTILIZADAS. HABITUALMENTE PODRÍAN TENER ALGUNA CONSECUENCIA NOCIVA PARA EL PACIENTE.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER, DADA LA SITUACIÓN CLÍNICA Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DEL PACIENTE SON: .....

.....

EN EL ACTUAL ESTADO CLÍNICO DEL ENFERMO, 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 ESTE PACIENTE.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

### REPRESENTANTE LEGAL\*

EL MÉDICO DR./DRA. \_\_\_\_\_ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE \_\_\_\_\_. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. \_\_\_\_\_.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. \_\_\_\_\_ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN \_\_\_\_\_.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

### MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. \_\_\_\_\_ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

### DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
HOSPITAL \_\_\_\_\_ Hª CLÍNICA Nº \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_  
HABITACIÓN / CAMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

### TESTIGO

YO, D. \_\_\_\_\_ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. \_\_\_\_\_ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. \_\_\_\_\_.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE \_\_\_\_\_.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

### REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. \_\_\_\_\_ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA \_\_\_\_\_ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. \_\_\_\_\_ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE \_\_\_\_\_.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor