



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Implante De Marcapasos

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Implante De Marcapasos**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Implante De Marcapasos

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para:  
**IMPLANTE DE MARCAPASOS**

## INFORMACIÓN

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo (lentas o rápidas), o de la conducción cardíaca (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.

El paciente permanecerá acostado y consciente, sedado, para que no tenga dolor. Se aplica anestesia local en el lugar elegido (bajo la clavícula habitualmente). Se coloca debajo de la piel de dicha zona un pequeño aparato electrónico (generador) que producirá impulsos eléctricos, y se une a uno o 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.

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 cardíaca con taponamiento), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente; el riesgo de muerte es excepcional (1-2 por 1000).

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

El equipo médico y de enfermería que lo atenderá está especialmente entrenado para la ejecución de estos procedimientos. El pabellón o la sala de cateterismo están equipados con sistema de control de variables fisiológicas del paciente (presión arterial, frecuencia cardíaca, arritmias, etc.). Por lo que usted estará permanentemente bajo control de este equipo, luego de leer este consentimiento, puede usted preguntar y aclarar cualquier duda con los integrantes de la Unidad de Arritmias o con su médico tratante.



**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

#### **IMPLANTE DE MARCAPASOS**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).