

Consentimiento Informado para Ablación de Fibrilación Auricular con Radiofrecuencia

Hemodinamia- Cirugía Cardíaca.

Consentimiento Informado para Ablación de Fibrilación Auricular con Radiofrecuencia

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 han explicado que es conveniente que se me realice el procedimiento para

ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR CON RADIOFRECUENCIA

INFORMACIÓN

La ablación de fibrilación auricular (FA), es un tratamiento invasivo de esta arritmia con fines curativos. Se realiza después de un estudio electrofisiológico, el cual permite determinar el o los focos que originan una arritmia. En el caso de la FA, habitualmente los focos de origen están en las venas pulmonares.

La ablación con radiofrecuencia consiste en aplicar una corriente de energía de bajo voltaje, con lo cual se produce una lesión en el tejido donde se aplica y así la causa de la arritmia es eliminada. Como en la FA los focos de origen están dentro de las venas pulmonares, la ablación se aplica alrededor de las venas pulmonares con el objetivo de eliminar las conexiones celulares que transmiten la actividad eléctrica desde la vena pulmonar a la aurícula izquierda, así ya no se produjeran los episodios de arritmia.

En algunos casos de FA es necesario además realizar ablación en otras estructuras distintas a las venas pulmonares, como vena cava superior, septum interauricular, pared posterior de la aurícula izquierda y otras.

La ablación se puede realizar con sedación profunda o bajo anestesia general. Se colocan introductores en la vena femoral habitualmente derecha. Por lo introductores se avanzan los catéteres (cables finos y flexibles) hasta el corazón, guiados por radioscopia (rayos X). Los catéteres sirven para registrar la actividad eléctrica del corazón y para estimular la cavidad donde están alojados como un marcapaso. El catéter de ablación se avanza hasta las pulmonares a través de una punción transeptal que permite comunicar la aurícula derecha con la izquierda.

Durante este procedimiento generalmente se acelera el corazón para estudiar la arritmia y en ocasiones se requiere una cardioversión eléctrica para ordenar la actividad eléctrica del corazón.

Después del procedimiento puede haber una leve molestia en la zona de punción inguinal (femoral) o un hematoma que se reabsorbe espontáneamente. Muy raras son otras complicaciones como flebitis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que requiere transfusión, perforación cardíaca con taponamiento, embolia pulmonar, bloqueo que requiere marcapaso definitivo y posteriormente esta descrita la estenosis de las venas pulmonares y la fístula atrioesofágica; si bien algunas de estas complicaciones son graves y requieren actuación urgente es excepcional el riesgo de muerte (1 por 3000).

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos, por este motivo se recomienda que este tratamiento le sea aplicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atienden están capacitados y disponen 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. La sala de cateterismo está equipada con sistemas de control de variables fisiológicas (presión arterial, frecuencia cardíaca, arritmias, etc.) por lo que usted estará permanentemente bajo control de este equipo.

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 complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR CON RADIOFRECUENCIA

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).