

Consentimiento Informado Para Cirugía de la
Fibrilación Auricular (Cirugía de Maze) con
Radiofrecuencia y/o Criocirugía

Cirugía Cardiovascular
Clínica Dávila

Consentimiento Informado Para Cirugía de la Fibrilación Auricular (Cirugía de Maze) con Radiofrecuencia y/o Criocirugía

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 de:
CIRUGÍA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR (CIRUGÍA DE MAZE) CON RADIOFRECUENCIA Y/O CRIOCIRUGÍA

INFORMACIÓN GENERAL

Hipótesis Diagnóstica: Fibrilación Auricular.

1. La Fibrilación Auricular una arritmia o trastorno del ritmo cardíaco. Su origen está en circuitos de micro re entrada en las aurículas y su consecuencia es un latido irregular con contracciones muy rápidas y poco potentes. Es una enfermedad que con el tiempo tiende a convertirse en crónica. Generalmente afecta más a las personas de edad avanzada, y en mayor medida a los hombres que a las mujeres, aunque el número total de casos por sexo tiende a igualarse debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres.
2. La Fibrilación auricular es una afección compleja para la que existen diversos sistemas de clasificación, basado en diferentes criterios. Se suelen distinguir tres tipos dependiendo de la ubicación:
 - a) Paroxística sino dura más de siete días.
 - b) Persistente si dura más de siete días y no termina espontáneamente
 - c) Permanente si no revierte y su duración supera el año.
3. La fibrilación auricular concomitante afecta aproximadamente al 80% de los pacientes con esta enfermedad, ya que la mayoría de ellos llevan asociada otra enfermedad cardíaca estructural o cardiovascular reconocida, y por ello aparece con más frecuencia en individuos con hipertensión arterial, anomalías en las válvulas cardíacas o que han sufrido infartos al miocardio u otra enfermedad que daña el tejido cardíaco. Cuando no está asociada a otra patología se trata de fibrilación auricular aislada.
4. El propósito del tratamiento de la Fibrilación auricular es la restauración del ritmo sinusal normal, lo que implica tres objetivos no excluyentes entre sí: **control de la frecuencia cardíaca, prevención de trombo embolismos y corrección de la alteración del ritmo**

5. Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido la información que considero adecuada y que he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas, respecto de la intervención denominada **CIRUGIA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR (CIRUGÍA DE MAZE) la cual puede realizarse mediante dos métodos:**

– **CON RADIOFRECUENCIA Y/O CRIOCIRUGÍA**, información que se ha referido entre otros, a los siguientes puntos:

a) Cirugía por Radiofrecuencia:

Esta consiste en la ablación (quemar); se crean lesiones en la pared auricular que queman los sitios que están produciendo los latidos irregulares del corazón que producen la fibrilación auricular; con un dispositivo que aplica temperatura alta sobre 50°C en los sitios de arritmias, estos son: venas pulmonares, aurícula derecha e izquierda y anillo mitral.

b) Cirugía por Criocirugía:

Esta consiste en la ablación o lesiones de los sitios que están produciendo los latidos irregulares del corazón que producen la fibrilación auricular; con un dispositivo que mediante la aplicación de frío con gas de óxido nitroso a temperatura que va entre -50°C a -70°C, ablacionar o “quemar” los sitios de arritmias, estos son:

– Venas pulmonares, aurícula derecha e izquierda y anillo mitral.

6. Entre las alternativas con que se cuentan he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que la Cirugía de la Fibrilación Auricular (Cirugía de Maze) se realice con:

Radiofrecuencia:

Criocirugía:

Siendo ésta la mejor indicación y opción en este momento para mí cuadro clínico.

7. He comprendido que esta cirugía es a corazón abierto, con anestesia general y con uso de circulación extracorpórea

8. La naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia, circulación extracorpórea y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y

la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre los riesgos los siguientes:

- Infección de la herida operatoria.
- Sangrado.
- Accidentes vasculares neurológicos.
- Arritmia.
- Falla renal.
- Falla respiratoria.

9. La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o actual, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

10. La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados. Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, entre los cuales se considera: la recidiva (recaída) de la fibrilación auricular.

11. La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

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

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.

CONSENTIMIENTO

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

CIRUGÍA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR (CIRUGÍA DE MAZE) CON:

Radiofrecuencia:

Criocirugía:

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).