

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?** *La ablación endocárdica por catéter es un tipo de tratamiento aplicable a pacientes que tienen determinadas alteraciones del ritmo del corazón (arritmias), diagnosticadas mediante un estudio electrofisiológico cardiaco.*
2. **¿Cómo se realiza?** *Se realiza estando la persona en ayunas y tumbada, permaneciendo consciente aunque sedada. Se le aplica anestesia local en la zona de la piel en la que se efectuará la punción (ingle, brazo o cuello) para que la exploración no resulte dolorosa. A través de las venas y las arterias de dicha zona se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por radioscopia. Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su superficie interior, pero también sirven como marcapasos externo cuando se conectan a un aparato estimulador externo. Inicialmente se evalúa el tipo de arritmia, la parte del corazón donde se origina y las posibilidades de tratamiento (estudio electrofisiológico). Posteriormente se intenta producir una lesión similar a una quemadura (ablación en los puntos causantes de la arritmia). La duración del procedimiento es variable y la persona debe permanecer en la cama varias horas después.*
3. **¿Qué riesgos tiene?**
  - a. *Es habitual que note palpitaciones en muchos momentos durante el procedimiento, ya que son provocadas por los catéteres o por efecto de la medicación administrada, y no es infrecuente que note alguna molestia en el pecho. En ocasiones puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver un problema súbito; o por el contrario colocar un marcapasos (permanente o transitorio) ante el bloqueo agudo de la conducción eléctrica cardiaca. La mayoría de las veces sólo habrá una leve molestia en la zona de punción, o la aparición de un hematoma que se reabsorberá casi siempre de forma espontánea.*
  - b. *Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento: complicaciones vasculares como pseudoaneurismas, o fístulas arteriovenosas; perforación cardiaca con taponamiento que precise drenaje y eventual transfusión o incluso cirugía cardiaca; embolia pulmonar o sistémica; bloqueo aurículo ventricular que precise implante de un marcapasos. Es excepcional el riesgo de muerte (1 por 1000).*

### **4. Consecuencias previsibles de su realización**

*Permite lesionar los focos productores de arritmias con una corriente de energía de bajo voltaje (radiofrecuencia) con objeto de eliminar dichas arritmias o sus consecuencias perjudiciales. Habitualmente se consigue la supresión total de la arritmia o la mejora de los síntomas en el 90% de los casos.*

### **5. Consecuencias previsibles de la no realización**

*La no realización del procedimiento dificulta el tratamiento de la arritmia que padece .*

### **6. Alternativas**

*Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso. Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.*

### **7. Riesgos en función de la situación del paciente**

*Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son .....*



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**CARDIOLOGIA  
ABLACIÓ ENDOCÀRDICA PER CATÈTER  
CARDIOLOGÍA  
ABLACIÓN ENDOCÁRDICA POR CATÉTER**

**8. DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**PACIENT / PACIENT**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		
REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL					
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
					EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE

**PROFESSIONAL / PROFESIONAL**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	---

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.
- He comprés la informació rebuda. / He comprendido la información recibida.
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment.  
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.  
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / Paciente o representante

d

de

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma

**REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.

d

de

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

**RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.

d

de

Pacient o representant / Paciente o representante

Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales