



## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?** Es un tipo de tratamiento aplicable a pacientes que tienen episodios de fibrilación auricular para los que puede ser una solución.
2. **¿Cómo se realiza?** Se realiza con la persona en ayunas, con sedación y tumbada. Se le aplica anestesia local en la zona de la ingle, para que la exploración no resulte dolorosa. A través de las venas de dichas zonas se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles) que se dirigen hasta el corazón mediante control por radioscopia. Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su interior, pero también sirven como marcapasos externo. Se debe acceder con los catéteres a la aurícula izquierda, lo que se realiza mediante la punción transeptal. El procedimiento tiene como objetivo producir una serie de lesiones por coagulación (ablación con radiofrecuencia, crioablación o láser) en las zonas desencadenantes o necesarias para que se produzca la arritmia. Durante gran parte del procedimiento es necesario mantener unos niveles de anticoagulación elevados. La duración del procedimiento es variable (3-5 horas), debiendo permanecer el paciente en cama varias horas después, por lo que es habitual que quede ingresado. Se consigue la supresión total de la arritmia o la mejoría de los síntomas en el 50- 80% de los casos, según las características basales del paciente.
3. **¿Qué riesgos tiene?**
  - Es habitual que note palpitaciones en muchos momentos del procedimiento, ya que son provocadas por los catéteres o por efecto de la medicación administrada. En ocasiones puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para resolver una arritmia. 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 espontáneamente. No es infrecuente que note molestias en el pecho en las horas posteriores al procedimiento.
  - La tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento se sitúa alrededor del 5%. La mayor parte se relacionan con problemas locales en los lugares de punción (3%). En algunos casos se pueden producir embolias accidentales, en su mayoría transitorias, tras el procedimiento (0,5%). Otras complicaciones relacionadas con el procedimiento son la estenosis de vena pulmonar, la perforación cardiaca con taponamiento que requiere drenaje (0,5%), parálisis frénica (2%). Si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente, es excepcional el riesgo de muerte (1 por 1000).

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

Permite lesionar las zonas que con frecuencia desencadenan episodios de fibrilación auricular, con una corriente de energía de bajo voltaje (radiofrecuencia) o mediante congelación, con objeto de evitar la fibrilación auricular y sus consecuencias perjudiciales

### **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 su situación**

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

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

**PACIENT / PACIENTE**

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
---------------------	--------------	--	-----------------------------------

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.

Pacient o representant / Paciente o representante, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
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.

Pacient o representant / Paciente o representante, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
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