



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?** Se trata de extraer de forma completa la sonda o sondas del sistema de marcapasos/DAI que usted lleva implantado, y su cardiólogo ha considerado que es la mejor solución para su caso
2. **¿Cómo se realiza?** La persona ha de estar en ayunas, acostada y con una sedación ligera. Se le aplica anestesia local en la zona del generador y las sondas, para que la exploración resulte lo menos dolorosa posible. Se extrae el generador, y posteriormente se debe liberar la sonda o sondas que se quiere extraer. La extracción de una sonda implantada a nivel cardiaco requiere liberar todas las adherencias que el cuerpo ha desarrollado entre las sondas y las diversas estructuras vasculares y cardíacas (venas, válvulas, tejido cardiaco...). Para liberar la sonda de las adherencias y conseguir su extracción, se utilizan diversas herramientas (estiletos de fijación, vainas telescópicas, vainas con sistemas de liberación...) diseñadas exclusivamente para este propósito. La duración del procedimiento es variable (1-3 horas), debiendo permanecer el paciente en cama varias horas después. Se consigue la extracción total de la sonda o sondas en cerca de 90% de los casos, según las características de la sonda y el tiempo que esta lleve implantada.
3. **¿Qué riesgos tiene?** Es habitual que note ciertas molestias en algunos momentos del procedimiento, ya que la anestesia local no puede llegar dentro de las estructuras vasculares ni al corazón. Al liberar las adherencias de las venas y el tejido cardiaco se pueden producir daños en estas estructuras de diversa consideración, que en ciertas ocasiones se pueden solucionar con tratamiento médico (hematoma, trombosis venosa, embolismo pulmonar, derrame pleural o pericárdico, migración de segmentos de electrodos...) prolongando su ingreso hospitalario, pero en otros casos requieren una actuación urgente (desgarro vascular o cardiaco, embolismo pulmonar o sistémico, parada respiratoria o cardiaca, ...). La tasa de complicaciones menores (que se tratan de forma conservadora) relacionadas con el procedimiento se sitúa alrededor del 5%. La tasa de complicaciones mayores (que requieren cirugía urgente o pueden causar secuelas) relacionadas con el procedimiento se sitúa alrededor del 2%. Es poco frecuente el riesgo de muerte, que se sitúa en tasas < 0,5%.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Extraer la sonda o sondas del sistema de estimulación que tiene implantadas permitirá ayudar a que se solucione el problema que actualmente le causa (infección, obstrucción venosa, trombosis, arritmias, dolor...), y sus consecuencias perjudiciales.

5. Consecuencias previsibles de la no realización

La no realización de la extracción puede tener graves consecuencias para su salud.

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

 <p>GENERALITAT VALENCIANA Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p>CARDIOLOGIA EXTRACCIÓ DE SONDES DE MARCAPASSOS/DAI CARDIOLOGÍA EXTRACCIÓN SONDAS DE MARCAPASOS/DAI</p>
---	---

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	PROVINCIA / 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	NÚM. 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.*

_____, _____ d _____ de _____

Pacient o representant / *Paciente o representante* 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*