

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABLACIÓN POR CATÉTER DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La ablación con catéter es un procedimiento mínimamente invasivo utilizado para tratar la fibrilación auricular, mediante el aislamiento eléctrico de las venas pulmonares, lugar donde se origina la fibrilación auricular en la mayoría de los pacientes.

Durante el procedimiento usted estará sedado. En algunos casos, puede ser necesario realizar el procedimiento bajo anestesia general.

El procedimiento comienza con una pequeña punción en la vena femoral, ubicada en la ingle, para poder acceder al sistema vascular. Se le aplicará anestesia local en la zona para que no sienta dolor. A continuación, se introducen unos tubos finos y flexibles (llamados catéteres) que a través de los vasos sanguíneos (venas) llegan hasta la aurícula derecha del corazón. Para poder acceder a la aurícula izquierda, se realiza una punción del tabique interauricular controlada con visión directa del corazón mediante una ecocardiografía transesofágica. A continuación, los catéteres se dirigen hacia la desembocadura de las venas pulmonares para crear las cicatrices que bloquean las señales eléctricas defectuosas que causan la fibrilación auricular.

Existen diferentes técnicas para crear dichas cicatrices (radiofrecuencia (calor), crioenergía (frío), alcohol o campos pulsados), todas ellas con elevada eficacia y seguridad. El médico operador decidirá cuál o cuáles de ellas usar en función de sus características.

Una vez terminada esta técnica, se retiran los catéteres y se aplica presión en el lugar de punción para evitar el sangrado. Durante el procedimiento, se utiliza tecnología avanzada, para localizar con precisión las áreas a tratar y minimizar el uso de fluoroscopia (rayos X).

El procedimiento suele durar entre 2 y 4 horas. Algunas personas pueden sentir molestias en el pecho, cuello o cara; palpitaciones o contracciones musculares (hipo). Una vez finalizada esta técnica, deberá permanecer en observación, monitorizado y en reposo en una habitación del hospital, normalmente hasta el día siguiente.

Este procedimiento se realiza bajo anticoagulación plena por lo que deberá atender a las indicaciones que se le darán. Tras el mismo, algunos pacientes deberán continuar con la anticoagulación de forma indefinida y en otros se retirará transcurrido un tiempo mínimo (meses).

La ablación de las venas pulmonares tiene una eficacia alta, aunque en ocasiones puede ser necesario realizar un segundo procedimiento de ablación.

La finalidad de este procedimiento es reducir o eliminar los síntomas y prevenir las complicaciones a largo plazo causadas por esta arritmia.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Molestias torácicas o digestivas durante los primeros días.
- Palpitaciones y arritmias leves, causadas por irritación del mismo procedimiento. No indican que el procedimiento haya fallado y suelen desaparecer en pocos días.
- Dolor o hematomas en la zona de punción. De forma excepcional, puede producirse otras complicaciones vasculares como pseudoaneurismas o fístulas arteriovenosas.
- Dificultad para respirar por afectación del nervio frénico, que controla el diafragma. Suele ser transitoria y se resuelve de forma espontánea.
- Estrechez (estenosis) de las venas pulmonares.
- Inflamación del saco que envuelve al corazón (pericarditis).
- Espasmo de una arteria coronaria.
- Ritmo cardíaco muy lento (bradicardia). Transitoria.
- Embolias (pulmonares, cerebrales,...) por la formación de coágulos.
- Acumulación de líquido inflamatorio o sangre alrededor del corazón (taponamiento cardíaco) de forma precoz o tardía. Excepcional.
- Perforación del corazón con comunicación con el esófago. Complicación muy excepcional pero muy grave.
- Reacción alérgica o daño renal por el contraste radiológico utilizado durante el procedimiento.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas al procedimiento son:

- Tratamiento con fármacos antiarrítmicos.
- Implantación de un marcapasos permanente y ablación del nodo auriculoventricular.

AUTORIZACIÓN PARA “ABLACIÓN POR CATÉTER DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: