

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CON/SIN ABLACIÓN DE ARRITMIAS**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El estudio electrofisiológico es un procedimiento poco invasivo utilizado para evaluar el sistema eléctrico del corazón. Este sistema es el encargado de controlar el ritmo y la velocidad de los latidos cardíacos. Esta prueba se realiza cuando hay problemas relacionados con el ritmo cardíaco, como las arritmias, y es especialmente útil para diagnosticarlas y determinar el tratamiento adecuado.

El procedimiento puede realizarse con el paciente despierto o sedado. Si se opta por la sedación, se le administrará medicación para que esté relajado, casi dormido, pero podrá seguir respirando por sí mismo. El objetivo de la sedación es que se encuentre más confortable y tranquilo.

El procedimiento comienza con una punción en la vena femoral, ubicada en la ingle, para poder acceder al sistema vascular. Se le aplicará anestesia local en esa zona para que no sienta dolor. Luego, se introducen unos tubos finos y flexibles llamados catéteres, que viajan a través de las venas hasta llegar al corazón. A través de estos catéteres, se registra la actividad eléctrica cardíaca y se aplican pequeños estímulos eléctricos para conocer el estado del sistema eléctrico. En muchos casos, este procedimiento también tiene como objetivo provocar las arritmias que afectan al paciente. A veces, se administra fármacos para inducir las arritmias y poder estudiarlas con mayor precisión. El riesgo del procedimiento está relacionado, entre otros factores, con el tipo de arritmia que se está estudiando (por lo general, las arritmias ventriculares son más peligrosas).

Una vez identificado el mecanismo que está provocando las arritmias en su caso, se decide la mejor forma de tratarlas. Las opciones de tratamiento incluyen la ablación de arritmias, tomar medicamentos o implantar un dispositivo, como un marcapasos o desfibrilador. En muchos casos, es necesario combinar varias de estas opciones de tratamiento en un mismo paciente para tratar la arritmia que le afecta. Concretamente, la ablación consiste en crear pequeñas lesiones mediante catéteres especiales para bloquear las señales eléctricas anómalas que causan las arritmias, y en muchas ocasiones puede realizarse de forma segura durante el mismo procedimiento.

Una vez terminado el estudio electrofisiológico (y la ablación, si se ha realizado), se retiran los catéteres y se aplica presión en el lugar donde se hizo la punción para evitar el sangrado. La duración del procedimiento es muy variable (1-3 horas) y generalmente es bien tolerado. Tras finalizar, deberá permanecer en observación, monitorizado y en reposo en una habitación del hospital, normalmente hasta el día siguiente.

La finalidad del estudio electrofisiológico es conocer el estado del sistema eléctrico de su corazón y las características de las arritmias que le afectan o que se sospechan por el tipo de síntoma que usted padece, para decidir la mejor opción de tratamiento. La finalidad de la ablación es evitar la aparición de las arritmias que usted padece.

### **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 indicación del procedimiento y de su correcta realización cualquier intervención tiene riesgos. La mayoría de las veces estos riesgos no ocurren, pero es importante que usted los conozca.

Riesgos frecuentes:

- Dolor torácico durante el procedimiento y/o tras el mismo.
- Arritmias leves y transitorias que se pueden percibir como palpitaciones durante el procedimiento y/o tras el mismo.
- Dolor o hematomas en la zona donde se realizó la punción femoral.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Complicaciones vasculares como pseudoaneurismas o fístulas arteriovenosas en la zona donde se realizó la punción femoral.
- Arritmias graves.
- Necesidad de un marcapasos por ritmo cardiaco lento.
- Sangrado durante la intervención o tras ella que puede precisar una transfusión de sangre.
- Acumulación de líquido alrededor del corazón (derrame pericárdico).
- Lesión de estructuras cardiacas o vasculares.
- Infarto agudo de miocardio, ictus o embolia pulmonar asociados al procedimiento u hospitalización posterior.
- Reacción alérgica o daño renal debido al contraste radiológico utilizado durante el procedimiento. En este procedimiento no suele emplearse contraste, y de usarse, la cantidad es muy pequeña.
- 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. En este procedimiento suele emplearse una mínima cantidad de rayos X y en ocasiones ninguna radiación.
- 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**

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

**AUTORIZACIÓN PARA “ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO CARDÍACO CON/SIN ABLACIÓN DE ARRITMIAS”**

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, 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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:       DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.   Col. Nº: Servicio de
--	---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: