

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MONITOR CARDIACO SUBCUTÁNEO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Un monitor cardiaco subcutáneo o Holter subcutáneo es un pequeño dispositivo que permite registrar de forma continua el ritmo del corazón durante un periodo prolongado de tiempo (entre 3 y 5 años). Este dispositivo se utiliza para diagnosticar alteraciones del ritmo cardiaco que no han podido ser detectadas con otras pruebas convencionales, como el electrocardiograma o el Holter.

El procedimiento de implante se realiza bajo anestesia local. A través de una pequeña incisión en la piel, en el lado izquierdo del pecho, se introduce el dispositivo. Una vez implantado, se cierra la herida con sutura o material adhesivo. El dispositivo queda completamente bajo la piel y no es visible externamente. Los procedimientos de recambio y explante son similares.

La duración del procedimiento suele ser corta (aproximadamente 15-30 minutos) y generalmente es bien tolerado. Tras el implante, podrá regresar a su domicilio el mismo día, salvo que su situación clínica aconseje observación hospitalaria.

La finalidad de este procedimiento es identificar la causa de los síntomas que usted presenta (mareo, síncope, palpitaciones u otros), confirmar o descartar la presencia de arritmias cardiacas y ayudar a decidir el tratamiento más adecuado.

Una vez se obtiene un diagnóstico mediante el dispositivo o se agota su batería, no siempre es necesario retirarlo, salvo en determinadas circunstancias o por preferencia del paciente. La decisión de sustituirlo cuando la batería se agota sin haberse alcanzado un diagnóstico se realiza de forma individualizada.

En su caso, el procedimiento que se realizará será:

- Implante
- Recambio
- Explante

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos salvo que tendrá implantado de forma permanente un pequeño dispositivo bajo la piel, que en personas delgadas o con poca grasa corporal puede ser visible o palpable en la zona donde queda alojado. Será necesario realizar un seguimiento periódico del funcionamiento del dispositivo y de las arritmias detectadas, que en la mayoría de los pacientes se lleva a cabo de forma remota mediante un equipo domiciliario que permite la comunicación del dispositivo con el hospital.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Dolor o molestias en la zona de intervención.
- Hematoma o inflamación en la zona de intervención.
- Desplazamiento del dispositivo.

- Apertura de la herida o mala cicatrización.
- Infección de la herida o del dispositivo.
- Reacción alérgica al material del dispositivo o a los medicamentos utilizados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque en ocasiones puede ser necesario retirar el dispositivo.

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.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Las alternativas incluyen la realización de pruebas de monitorización externa del ritmo cardiaco, como electrocardiogramas seriados o Holter externos de larga duración. Sin embargo, estas pruebas pueden no ser suficientes para detectar arritmias poco frecuentes o intermitentes, por lo que en su caso se considera que el implante del monitor cardiaco subcutáneo es la opción más adecuada.

AUTORIZACIÓN PARA “MONITOR CARDIACO SUBCUTÁNEO”

Yo, D./D^a. _____, 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^a. _____, 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 _____



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Cardiología

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	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: