



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO DE IMPLANTE/ RECAMBIO DE MARCAPASO ENDOCÁRDICO DEFINITIVO Y DESFIBRILADOR CARDIACO

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°/2020/INSNSB)

Nombre del Procedimiento: Implante/ Recambio de Marcapaso Endocárdico Definitivo y Desfibrilador Cardiaco.

Sub Unidad de Atención Integral Especializada en Cardiología y Cirugía Cardiovascular-Cardiología.

Diagnóstico:

- ☐ Bloqueo av 3er grado congénito
- ☐ Bloqueo av 3er grado posquirúrgica
- ☐ Pausa Sinusal

Otros:

.....
.....

Descripción del Procedimiento

La implantación de un marcapasos o desfibrilador se realiza para controlar trastornos del ritmo cardiaco evitando que la frecuencia de latidos sea muy baja. Tras una pequeña incisión se colocará un dispositivo bajo la piel unido a un cable que llegará hasta hasta el corazón de su hijo (apoderado) y lo estimulará en caso de que este funcione demasiado lento. La intervención tendrá una duración aproximada de una hora y se realiza con anestesia local o general. El marcapasos lleva una batería que suele durar en torno a 7-10 años, pudiéndose recambiar por un procedimiento quirúrgico similar.

Objetivos del Procedimiento

Brindar apoyo y un adecuado tratamiento en busca de la mejora del paciente con diagnóstico de arritmia cardiaca.

Beneficios Esperados

Complementar en el tratamiento y la mejora del paciente.

Riesgos ó Complicaciones Frecuentes

Sangrado y formación de hematomas en la zona de punción.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño – San Borja



Riesgos ó Complicaciones poco Frecuentes

Flebitis (inflamación de las venas), trombosis venosa (formación de coágulos), hemorragias que requiere transfusión, perforación cardíaca con taponamiento, embolia pulmonar o sistémica, etc. Otra complicación poco frecuente es el desplazamiento del electrodo, esto suele ocurrir en 1-2% de los casos y exige recolocarlo de nuevo con una intervención similar. Excepcionalmente puede haber punción inadvertida del pulmón y las hemorragias por punción arterial, incluso muerte.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica

No llegar a un tratamiento adecuado para el paciente

Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

En el estado clínico actual del paciente, los beneficios que resultan de esta prueba superan los posibles riesgos.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

En función a estudios cardiológicos:.....
.....

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones

:

Se debe realizar una completa evaluación preoperatoria con énfasis en la anamnesis y el examen físico, que nos permitan pesquisar y manejar a tiempo patologías concomitantes que podrían alterar la correcta evolución intraprocedimiento o posterior a este.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico: _____

Declaro:

Que el Médico _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del **Procedimiento de Implante/Recambio de Marcapaso Endocárdico Definitivo y Desfibrilador Cardíaco**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de Implante/Recambio de Marcapaso Endocárdico Definitivo y Desfibrilador Cardíaco



San Borja, de del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Huella Digital

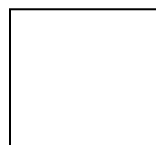
Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha _____ para la realización de _____ y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



San Borja, de del 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____

Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____