

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR  
(CIRUGÍA DE MAZE) CON RADIOFRECUENCIA Y/O CRIOCIRUGÍA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La cirugía de Fibrilación Auricular**, es un procedimiento para tratar la Fibrilación Auricular, arritmia o trastorno del ritmo cardíaco, cuyo origen está en circuitos de micro re entrada en las aurículas y su consecuencia es un latido irregular con contracciones muy rápidas y poco potentes. Es una enfermedad que con el tiempo tiende a convertirse en crónica. Generalmente afecta más a las personas de edad avanzada, y en mayor medida a los hombres que a las mujeres, aunque el número total de casos por sexo tiende a igualarse debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres.

Es una afección compleja para la que existen diversos sistemas de clasificación, basado en diferentes criterios. Se suelen distinguir tres tipos dependiendo de la ubicación: Paroxística sino dura más de siete días, Persistente si dura más de siete días y no termina espontáneamente y Permanente si no revierte y su duración supera el año.

La fibrilación auricular concomitante afecta aproximadamente al 80% de los pacientes con esta enfermedad, ya que la mayoría de ellos llevan asociada otra enfermedad cardíaca estructural o cardiovascular reconocida, y por ello aparece con más frecuencia en individuos con hipertensión arterial, anomalías en las válvulas cardíacas o que han sufrido infartos al miocardio u otra enfermedad que daña el tejido cardíaco. Cuando no está asociada a otra patología se trata de fibrilación auricular aislada.

**El propósito del tratamiento** de la Fibrilación auricular es la restauración del ritmo sinusal normal, lo que implica tres objetivos no excluyentes entre sí: control de la frecuencia cardíaca, prevención de trombo embolismos y corrección de la alteración del ritmo.

**La cirugía puede realizarse mediante dos métodos:**

- Cirugía por Radiofrecuencia: Esta consiste en la ablación (quemar); se crean lesiones en la pared auricular que queman los sitios que están produciendo los latidos irregulares del corazón que producen la fibrilación auricular; con un dispositivo que aplica temperatura alta

sobre 50°C en los sitios de arritmias, estos son: venas pulmonares, aurícula derecha e izquierda y anillo mitral.

- b. **Cirugía por Criocirugía:** Esta consiste en la ablación o lesiones de los sitios que están produciendo los latidos irregulares del corazón que producen la fibrilación auricular; con un dispositivo que mediante la aplicación de frío con gas de óxido nitroso a temperatura que va entre -50°C a -70°C, ablacionar o “quemar” los sitios de arritmias, estos son:
- Venas pulmonares, aurícula derecha e izquierda y anillo mitral.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**Poco graves y frecuentes:**

- Arritmias
- Atelectasia

**Poco frecuentes y graves:**

- Falla cardiaca

**Otras:**

- Infección de la herida operatoria
- Sangramiento
- Accidentes vasculares neurológicos
- Falla renal y respiratoria

Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo como es esta.

La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Entre los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta, son: la recidiva (recaída) de la fibrilación auricular y alto riesgo de embolias.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**  
**(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO \_\_\_\_\_ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **cirugía de Fibrilación Auricular** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE FIBRILACIÓN AURICULAR,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)