

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cardioversión eléctrica es un procedimiento médico que se utiliza para tratar ciertas arritmias cardíacas, como la fibrilación y el flutter auricular. Consiste en aplicar una descarga eléctrica controlada que “reinicia” el corazón para que recupere su ritmo normal. La cardioversión elimina la arritmia de forma puntual, pero no evita que ésta reaparezca. Para ello se deben controlar los factores que favorecen la aparición de la arritmia con apoyo de determinados medicamentos o procedimientos.

La cardioversión se realiza en ayunas. Se coloca una vía en el brazo, dispositivos para controlar las constantes vitales (tensión arterial, ritmo cardíaco, etc.) y parches adhesivos para aplicar la descarga eléctrica (puede ser necesario rasurar el pecho). Antes de la descarga se administra medicación para dormir brevemente y evitar dolor o molestias. Después, se aplican una o varias descargas eléctricas. Al despertar, se permanece en observación hasta comprobar que no ha habido complicaciones.

Es fundamental seguir las indicaciones que se le den sobre su medicación habitual. Esto es especialmente importante para el tratamiento anticoagulante porque existe mayor riesgo de ictus tras una cardioversión si no ha tomado correctamente este tratamiento. En caso de olvidos, errores o suspensión temporal del tratamiento, informe al equipo médico antes del procedimiento. En casos seleccionados se realizarán pruebas de imagen antes de la cardioversión para descartar la presencia de trombos en el corazón.

El propósito de la cardioversión eléctrica es restaurar el ritmo normal del corazón para aliviar o reducir los síntomas y efectos negativos que pueda tener la arritmia sobre el funcionamiento del corazón y la salud.

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:

Riesgos frecuentes y/o leves:

- Irritación o leve quemadura en la zona de la piel donde se aplica la descarga.
- Tensión arterial baja o ritmo cardíaco lento.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Embolia o ictus. El riesgo aumenta si no se ha tomado correctamente el tratamiento anticoagulante antes del procedimiento.
- Arritmias graves inducidas por la propia descarga.
- Descompensación de insuficiencia cardíaca.
- Ritmo cardíaco lento no reversible que requiera implante de un marcapasos.

- Reacciones alérgicas o individuales inesperadas graves a los medicamentos utilizados en el procedimiento.
- 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.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En ocasiones pueden emplearse fármacos para favorecer la restauración del ritmo normal del corazón (cardioversión farmacológica), si bien en caso de arritmias de duración superior a 24 horas la eficacia es muy baja.

AUTORIZACIÓN PARA “CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA”

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 _____

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



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Cardiología

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: