



## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO KARDIOBERTSIO-ELEKTRIKOA / CARDIOVERSION ELECTRICA

### A. IDENTIFIKAZIOA:

#### MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. AZALPENA:

**Kardiobertsio elektrikoa bihotz-erritmoaren zenbait alterazioren aurrean egokia den tratamendua da. Tratamendu honen bitartez, bihotzak erritmo erregular normala berriro edukitzea lortzen da, aurretik zeukan arritmia desagerraraziz, haren ondorio kaltegarriekin batera. Anestesia orokorra edo sedazio sakona erabiltzen da, prozesua mingarria izan ez dadin.**

**Prozesua bide programatutik egiten denean, kardiologoak kontsultan aginduta, handik eta aste batzuetara egingo da, tratamendu antikoagulatzaile eta antiaritmikoa jarraitu ostean.**

**Azterketa analitikoa eta elektrokardiograma bat egingo dizute ospitaleratzean, egoera zehatzaren berri izateko.**

**Bizkortzeko Unitatean egin ohi da, kardiologoaren eta anestesioologoaren artean.**

**Beharrezkoa izango da zain bat kanalizatzea, eta zenbait monitore jartzea zure egoera zaindu ahal izateko teknika hori gauzaten den bitartean. Anestesiatura zaudela, gel bat jartzen da desfibrilatzailearen paletan, bihotzetik hurbilen dagoen toraxaren aurreko horman jarri aurretik. Deskarga elektrikoa bat edo gehiago jarriko dira, arritmia zuzentzeko asmotan.**

**Zenbait kasutan kardiobertsio elektrikoa ez da eraginkorra izaten; hori dela-eta, beharrezkoa izango da beste alternatiba terapeutikoren bat bilatzea.**

**Kardiobertsio elektrikoa beharrezkoa izan daiteke urgentziatzeko egoeretan, arritmia narriadura hemodinamiko larria eragiten duenean. Honelakoetan, prozeduraren arriskua handiagoa izaten da, ez dagoelako prestatzeko denbora-tarterik.**

### A. IDENTIFICACIÓN:

#### NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:

<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

### B. DEFINICIÓN:

La cardioversión eléctrica es una forma de tratamiento indicada en determinadas alteraciones del ritmo cardíaco que permite devolver al corazón su ritmo regular normal, suprimiendo la arritmia que tenía y sus consecuencias perjudiciales. Se realiza bajo anestesia general o sedación profunda para que el proceso no sea doloroso.

Cuando se hace de forma programada, su cardiólogo/a se la habrá indicado en consulta y se la realizará semanas después tras seguir un tratamiento anticoagulante y antiaritmico.

Se le hará un estudio analítico y un electrocardiograma al ingreso para valorar su situación exacta.

Suele realizarse en la Unidad de Reanimación, en colaboración entre el cardiólogo y el anestesiólogo.

Será necesario canalizar una vena y colocarle diversos monitores para vigilar su estado durante la realización de la técnica. Una vez que está Ud. anestesiado/a se extiende un gel sobre las palas del desfibrilador antes de aplicarlas sobre la pared anterior del tórax más próxima al corazón. Se suministrarán una o varias descargas eléctricas para intentar corregir la arritmia.

En algunos casos la cardioversión eléctrica no es eficaz y será necesario buscar otra alternativa terapéutica.

La cardioversión eléctrica puede ser necesaria en situaciones de urgencia cuando la arritmia provoca un deterioro hemodinámico grave. En ese caso los riesgos del procedimiento se incrementan al no haber tiempo de preparación.

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

**Teknika ondo aukeratu eta burutu arren, nahigabeko ondorioak ager daitezke:**

- **Deskarga elektrikoaren ingurunean, azalaren narritadura gerta daiteke, baita erredura ere.**
- **Anestesiaren arriskua zure osasun-egoeraren arabera izango da. Ezohikoak izan arren, honelakoak eman daitezke: erreakzio alergikoak, arnasketa-arazoak edo bihotz-zirkulazioko arazoak.**
- **Inoiz, bihotz-erritmo arloko arazo larri eta bat-batekorik ere eman daiteke, tratamenduaren beharrezan dutenak.**
- **Badago enbolia arriskua; honelakoetan, ondorio neurologikoak egon daitezke edo beste gorputz-atalen batekoak, bihotzeko tronboak lekuz aldatzeagatik.**
- **Prozedura inbaditzaile guztietan izaten da arrisku garrantzitsuren bat, baita hiltzekoa ere, aukera hori oso ezohikoa den arren.**
- **Dena dela, lasai egon zaitezke, uneoro egongo zarelako zaintzapean (monitorizatuta), eta lagunduta, prestatutako langileak eta ekipamendu espezifikoak egongo baita bizkortze- eta bizi-euskarri aurreratuko maniobrak egiteko, beharrezkoa izatekotan.**

**GOMENDIOAK**

**Teknika hau egin aurretik, informazio hau guztia eman beharko diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazio-gorabeherak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, oraingo tratamendu medikoa, anestesia arloko arazoak, edo garrantzitsutzat jotzen duzun bestelako edozein zirkunstantzia.**

**Ospitalera baraurik joan beharko duzu, eta zutaz arduratuko den heldu batek lagunduta.**

**Ez gidatu eta ez egin esfortzu fisiko handirik hurrengo 24 orduetan.**

**Alta jaso ondoren, alarma-sintomaren bat edukiz gero (toraxeko mina, zorabioa, palpazioak, arnasa hartzeko zailtasunak, alterazio neurologikoak,...), deitu edo joan Larrialdietako Zerbitzura.**

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables:

- Puede existir irritación cutánea e incluso quemadura en la zona donde se aplicó la descarga eléctrica.
- El riesgo de la anestesia depende sobre todo de su estado de salud. A pesar de ser infrecuentes, podrían suceder reacciones alérgicas, problemas respiratorios o cardiocirculatorios.
- Ocasionalmente pueden presentarse otros trastornos del ritmo cardiaco graves y súbitos que requieran tratamiento.
- Existe riesgo de embolia con secuelas neurológicas o daño en otros órganos por migración de trombos del corazón.
- Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy remota.
- Para su tranquilidad, en todo momento estará vigilado/a (monitorizado/a ) y acompañado/a por personal entrenado y equipamiento específico para realizar maniobras de reanimación y soporte vital avanzado.

**RECOMENDACIONES:**

Antes de la técnica deberá Ud. advertirnos sobre las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, su tratamiento médico actualizado, así como las complicaciones anestésicas previas o cualquier otra circunstancia que considere importante.

Deberá acudir al hospital en ayunas y en compañía de un adulto responsable.

No realice esfuerzos físicos importantes ni conduzca durante las siguientes 24 horas.

En caso de presentar algún síntoma de alarma (como dolor torácico, mareo, palpitaciones, dificultad respiratoria, alteraciones neurológicas...) después de ser dado de alta llame o acuda al Servicio de Urgencias



**D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA,  
HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

<~~ ~>

**D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS  
CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~~ ~>

**E. BESTELAKO AUKERAK:**

<~~ ~>

**E. ALTERNATIVAS:**

<~~ ~>



<--

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:**  
**Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeko, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:**

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

**Información básica sobre protección de datos:** Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

**Pazientea/k / El Paciente/s**

**Pazientearen izen-abizenak eta NAN**  
 Nombre, apellidos y DNI del paciente  
 <-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>  
 -->

**Sinadura/k eta data**  
 Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legetzko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legetzko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha