

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO**FIBRILAZIO AURIKULARRAREN ABLAZIO ENDOKARDIKOA ERRADIOFREKUENTZIAZ
EGITEA / ABLACIÓN ENDOCÁRDICA POR CATETER DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CON
RADIOFRECUENCIA****A. IDENTIFIKAZIOA:**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> Data: <<FECHA>>**A. IDENTIFICACIÓN:**NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> Fecha: <<FECHA>>**B. INFORMAZIOA:**

- Aurikuletan sortutako FIBRILAZIO AURIKULARRA deitzen den bihotz-erritmoaren alterazio bat –arritmia– daukaten pazienteei eman ahal zaie. Paziente gehienek kasuan, arritmia ezkerreko aurikulara doazen birika-zainetan sortzen da.
- Tratamenduaren bidez, birika-zainetan dauden arritmia-fokuak lesionatu ahal dira. Horretarako, tentsio baxuko energia korrontea (erradiofrekuentzia) erabiltzen da; helburua, arritmiak kentzea edo sintomak arintzea da.
- Ablazioa egin ostean, pazienteak medikazio antikoagulantea hartu behar du, SINTROM gehienetan baina egun bestelako farmakoak ere badaude eskuragarri, prozedura egin eta bi hilabetean gutxienez. Horrela, bihotzean koagulurik ez sortzea lortzen da. Izan ere, koaguluak enboliak sortu ahal dituzte: koaguluak gorputzaren beste zenbait organotara joan ahal dira. Paziente batzuek aurretik ere hartzen dute medikazio hori; kasu horretan, ablazioa egin baino lehenago utzi behar zaio hartzeari, odoljariorik ez egoteko. Hala ere, paziente batzuek, beren ezaugarri klinikoaren arabera, modu kronikoan jarraitu beharko dute tratamendu antikoagulatzailearekin.
- Gainera, paziente batzuen kasuan, euren arritmiaren ezaugarrien arabera, ESOFAGO BIDEZKO EKOGRAFIA bat egiten zaie ablazio aurreko egunetan, aurikuletan koagulurik ez dagoela egiaztatzeko.

B. INFORMACIÓN:

- Es un tipo de tratamiento aplicable a pacientes que tienen un tipo de alteración del ritmo cardiaco (arritmia) que se origina en las aurículas llamada FIBRILACION AURICULAR. En la mayoría de los pacientes el origen de la arritmia se localiza en las venas pulmonares (VPPP) que desembocan en la aurícula izquierda.
- Permite lesionar los focos productores de la arritmia localizados en las venas pulmonares con una corriente de energía de bajo voltaje (radiofrecuencia), con objeto de eliminar dichas arritmias o atenuar sus síntomas.
- Tras realizar la ablación es preciso que el paciente tome una medicación anticoagulante, generalmente SINTROM aunque existen actualmente otros fármacos disponibles, hasta al menos 2 meses después del procedimiento para evitar la formación de coágulos dentro del corazón que podrían ser causa de embolias, es decir, migración de esos coágulos a los distintos órganos del cuerpo. Sin embargo, algunos pacientes ya toman esta medicación previamente y entonces debe ser retirado antes de la ablación para que no haya riesgo de sangrado. Adicionalmente, algunos pacientes deberán seguir con el tratamiento anticoagulante de forma crónica según sus características clínicas.
- Además, en algunos pacientes según las características de su arritmia, y en los días previos a la ablación, se realiza una ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA para descartar la presencia de coágulos en las aurículas.

Hau da, zunda txiki bat sartzen da esofagoan, sedazio arin baten bidez, bihotzaren egiturak argi ikusteko.

- Kasu batzuetan, prozedura hau egin baino lehen, beste irudi-proba ez-inbaditzaile bat ere egiten da, biriketako zainak ikusteko. Proba hori bihotzeko erresonantzia edo ordenagailu bidezko tomografia axiala (OTA) izaten da.
- Pazientea baraurik egon behar da, eta etzanda. Anestesia orokorra erabiltzen da ia beti, intentsibista batek kontrolatuta, ebakuntza egin baino lehen aurre-azterketa egin ostean. Ziztatuko den inguruan, anestesia lokala jartzen da (iztaia, besoa edo lepoa), prozeduran minik ez izateko. Toki horietako zainetatik zenbait kateter sartzen dira (kable oso mehe, luze eta malguak, edo baloi-itxurako kateterrak). X izpien bidez, eta nabigatzaile deitutako irudi-teknikaz lagunduta, kateterrak bihotzera bideratzen dira. Kateterren bitartez, bihotzaren aktibitate elektrikoa aztertzen da, barrutik; horrela, erradiofrekuentziaren bidezko ablazioa non egin erabakitzen laguntzen du. Kateterrak ezker-aurikulako birika-zainetara eramateko, kateterismo transeptala egin behar da; hau da, eskuin-aurikulara zain femoraletik iritsiko gara eskuin-aurikula ezkerrekoarekin lotzen duen paretan ziztada txiki bat eginez. Pazienteen % 10ek zulo hori zabalik daukatenez, ez dute ziztadaren beharrik.
- Azkenik, arritmia sorrarazten duten tokietan, erredura baten antzeko lesioa eragiten da (bero-energiaren bitartez). Prozeduraren iraupena aldakorra da, baina betiere luzea (zenbait ordutakoa da). Hortaz, amaitu ostean, pazienteak ohean egon behar du zenbait ordutan. Lehen prozedura horretan, arritmia guztiz kentzea lortzen da, edo, bestela, sintomek % 60-70 egiten dute hobera, behintzat. Batzuetan prozedura guztia berriz egin behar izaten da.

Consiste en la introducción de una pequeña sonda en el esófago, bajo sedación superficial, para visualizar de manera clara las distintas estructuras del corazón.

- También, en algunos casos, se realiza previo al procedimiento otra prueba de imagen no invasiva para visualizar las venas pulmonares, que consistirá en una resonancia cardíaca o una tomografía axial computarizada (TAC).
- Se realiza estando el paciente en ayunas y tumbado. Casi siempre se realizará bajo anestesia general controlado por un médico intensivista y con un estudio de preoperatorio previo. Se le aplica anestesia local en la zona de la piel donde se efectuará la punción (ingle, brazo o cuello), para que el procedimiento no resulte doloroso. A través de las venas de dichas zonas se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), dirigiéndolos hasta el corazón mediante control con rayos X y ayudado con otra técnica de imagen llamada navegador. Los catéteres sirven para registrar permanentemente la actividad eléctrica del corazón desde su interior y ayudar a decidir dónde se va a realizar la ablación con radiofrecuencia. Para llevar los catéteres hasta las venas pulmonares de la aurícula izquierda es necesario la realización de un Cateterismo Transeptal que consiste en acceder a la aurícula derecha desde la vena femoral, realizando una pequeña punción en la pared que comunica la aurícula derecha con la izquierda. Un 10 % de los pacientes tienen ese orificio abierto y no requieren la punción.
- Finalmente, se intenta producir una lesión similar a una quemadura (con energía de calor) en los puntos causantes de la arritmia. La duración del procedimiento es variable, pero prolongado (varias horas), debiendo permanecer el paciente en cama varias horas después. En un primer procedimiento se consigue la supresión total de la arritmia o la mejoría de los síntomas en un 60-70%. No es inusual la necesidad de repetir el mismo.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Anestesia orokorra prozedura arriskutsua denez, sendagileak argi azalduko du zeintzuk diren arrisku horiek.
- Batzuetan, beharrezkoa izaten da talka elektrikoa erabiltzea fibrilazio aurikularrari aurre egiteko. Horretarako ere, sedazio orokorra erabiltzen da.
- Gehienetan, ziztadaren ingurunean, min arina baino ez da agertuko, edo hematoma bat. Hematoma berez desagertu ohi da, ia beti. Oso-oso gutxitan bada ere, prozedurari lotutako beste arazo batzuk ere ager daitezke: flebitisa, zainen edo arteriaren trombosia, transfusioaren beharra duen hemorragia, bihotz-zulaketa buxadurarekin, biriketako enbolia edo enbolia sistemikoa. Horietako batzuk larriak direnez, beharrezkoa izaten da berehala esku hartzea (% 1). Hala ere, hiltzeko arriskua guztiz ezohikoa izaten da (1.000tik, 1-3 artean).
- Zure oraingo egoera klinikoan, prozedura honek ekarriko dizkizun onurak balizko arriskuak baino handiagoak dira.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BITARTEKOAK IZANGO DITU PREST, GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIOAK TRATATZEKO.

D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren asaldurak, bihotz-biriketako gaixotasunak, protesiak, taupada-markagailuak, egungo medikazioa, edo beste edozein kontu; izan ere, arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna handiagoa izan daiteke haien eraginez.

E.- ARRISKU PERTSONALAK:

Egoera pertsonal jakin batzuek eta gaixotasunek (diabetesa, arteria-hipertentsioa, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete. Medikuek eman dizu zure kasuan dauden arrisku zehatzen berri.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- La anestesia general es un procedimiento con riesgos, los cuales deben ser explicados claramente por el médico responsable de la misma.
- En ocasiones puede ser imprescindible recurrir a un choque eléctrico para revertir la aparición de la fibrilación auricular, que también se realiza bajo sedación profunda.
- La mayoría de las veces sólo habrá una leve molestia en la zona de punción o la aparición de un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente. Muy raras son otras complicaciones relacionadas con el procedimiento (flebitis, trombosis venosa o arterial, hemorragia que precise transfusión, perforación cardiaca con taponamiento, embolia pulmonar o sistémica), si bien algunas de ellas son graves y requieren actuación urgente (1 por 100); es excepcional el riesgo de muerte (1-3 por 1000).
- En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

D. AVÍSENOS:

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

E. RIESGOS PERSONALIZADOS:

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

F. ORDEZKO AUKERAK:

Farmako antiaritmikoen bidezko tratamendu medikoa ez dela eraginkorra egiaztatutakoan, eta sintomatologia desagertu ez denez, zure kasuan tratamendu hau da egokiena.

Baldin eta birika-zainen ablazioa egin nahi ez baduzu, edo tratamendu horrek porrot eginez gero, farmako antiaritmikoen eta/edo nodulu aurikulobentrikularra geldiarazteko farmakoen bidezko tratamendu kontserbatzaile bat aukeratu genuke. Aukera bat izan liteke, halaber, nodulu aurikulobentrikularren ablazioa egitea eta taupada-markagailua ezartzea.

F. ALTERNATIVAS:

Una vez comprobada la ineficacia del tratamiento médico con fármacos antiarrítmicos (FAA) y ante la persistencia de la sintomatología, este tratamiento es el más óptimo en su caso.

En el caso que usted no deseara someterse a la realización de la ablación de VVPP, o que dicho tratamiento fracasara, se optaría por un tratamiento conservador con fármacos antiarrítmicos y/o frenadores del nodo auriculoventricular (NAV), y en casos excepcionales, se podría plantear la ablación del Nodo AV con implantación de marcapasos.

Historia klinikoaren fitxategiaren ardura Asistentzia Sanitarioko Zuzendaritzak dauka (Araba k., 45-01006 Vitoria-Gasteiz). Datuak eskuratu, zuzendu, ezeztatu eta aurkatzeko eskubidea erabiltzeko, organo horretara jo beharko duzu.

Titular moduan ematen dizkiguzun datuak sistema sanitarioko beste erakunde batzuei eta estatistikako erakunde ofizialei bakarrik lagako zaizkie. Aipatutako horiez kanpoko beste edozein lagapenatarako, zure berariazko baimena beharko da, urgentzia baterako ez bada edo azterketa epidemiologikoak egiteko ez bada (Estatuko eta autonomietako legedian ezarritako baldintzetan).

El responsable del fichero de historia clínica es la Dirección de Asistencia Sanitaria (c/ Álava, 45 01006 Vitoria-Gasteiz), órgano al que Vds. deberán dirigirse para ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

Los datos que como titular Ud. facilite únicamente serán cedidos a otros organismos del sistema sanitario y organismos oficiales de estadística. Cualquier cesión fuera de las previstas requerirá su expreso consentimiento, salvo que se trate de solucionar una urgencia o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal y autonómica.

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.

Pazienteak / 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**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

Sinadura eta data

Firma y fecha

Pazientearen edo legezko 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

