

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CARDIOVERSION ELÉCTRICA

1. **¿Que es?**

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo cardíaco (arritmias).

2. **¿Para qué sirve?**

Permite devolver al corazón su ritmo regular normal, suprimiendo la arritmia que tenía y sus consecuencias perjudiciales. Generalmente se efectúa con carácter electivo.

3. **¿Cómo se realiza?**

Se realiza en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con el paciente en ayunas, bajo los efectos de una sedación profunda, para que el procedimiento no sea doloroso y que suele durar aproximadamente 5 minutos. Se extiende un gel sobre las paletas del aparato desfibrilador, y se aplican éstas en la pared anterior del tórax más próxima al corazón. Se suministran una o varias descargas eléctricas ("choques"), breves pero de cierta potencia, para intentar lograr la desaparición de la arritmia. Durante el procedimiento, se controla permanentemente el electrocardiograma, así como las constantes vitales.

4. **¿Qué riesgos tiene?**

Puede existir irritación o incluso una leve quemadura en la zona de la piel donde se aplicó la descarga. La administración de una sedación profunda con hipnóticos, sedantes y relajantes musculares no suele plantear problemas durante el despertar. Es muy raro un accidente embólico, ya que el paciente recibe medicamentos para disminuir la coagulación de la sangre y/o se han realizado estudios para descartar la presencia de trombos intracardíacos (Ecocardiografía Transesofágica). Ocasionalmente pudieran presentarse otros trastornos del ritmo graves y súbitos que requirieran otro choque eléctrico inmediato, sinendo excepcional, la necesidad de implantación de un marcapasos.

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los todos medios para tratar de resolverlas.

5. **¿Hay otras alternativas?**

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso. Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

El médico Dr. me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se realiza y para que sirve la CARDIOVERSION ELECTRICA, así como los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, y que es el procedimiento mas adecuado para mi situación actual.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el y el personal que precise, me realicen una CARDIOVERSION ELECTRICA.

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

PACIENTE: DNI:

CENTRO: *Sanatorio del Rosario* LOCALIDAD: *Madrid*

FECHA:/...../.....

Firmado: