

Espacio reservado para la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

La cardioversión es un procedimiento utilizado para devolver al corazón a su ritmo normal, que es el ritmo sinusal. La mayoría de las cardioversiones electivas tienen como objetivo tratar arritmias supraventriculares (fibrilación auricular, flutter auricular o taquicardia auricular). Es decir, arritmias que se originan en las aurículas. La cardioversión eléctrica es en ocasiones un procedimiento emergente encaminado a tratar arritmias potencialmente graves para la vida.

### ¿Por qué necesito una cardioversión?

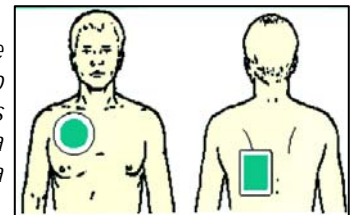
En condiciones normales, un grupo de células situadas en la parte superior de la aurícula derecha (nodo sinusal) son las que dirigen el ritmo del corazón (ritmo sinusal). Las arritmias supraventriculares se producen cuando las aurículas se contraen dirigidas por otro grupo de células o de forma caótica como en el caso de la fibrilación auricular. Esto produce una contracción auricular ineficaz que da lugar a diferentes síntomas, que varían en función de la presencia de otros problemas cardíacos o extracardiacos (palpitaciones, dolor o trágico, disnea, edemas, mareo, síncope...). Su médico, considerando su patología cardíaca o extracardíaca considera que la mejor manera de ayudarlo a resolver su problema es realizar este procedimiento para intentar devolver al corazón a su ritmo normal.

### ¿Qué tipos de cardioversiones existen?

La cardioversión puede ser farmacológica (administrar un fármaco antiarrítmico para detener el ritmo anormal del corazón), o eléctrica que en general se usa asociada al procedimiento previo, cuando este no es suficiente para restaurar el ritmo sinusal.

### ¿Qué es una cardioversión eléctrica? ¿Cómo se realiza?

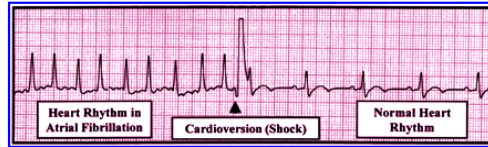
La cardioversión eléctrica se realiza colocando sobre el pecho y la espalda del paciente dos parches y administrando a través de ellos y con ayuda de aparato llamado desfibrilador una pequeña corriente eléctrica mediante protocolos ampliamente estudiados y estandarizados. La administración de un choque sincronizado con el ritmo cardíaco para evitar que se desencadenen arritmias ventriculares, produce una contracción simultánea de todas las células del miocardio, interrumpiendo o terminando la arritmia.



Para realizar este procedimiento es necesario trasladar al paciente a la unidad coronaria o al laboratorio de electrofisiología, dotado del material necesario. Los pasos a realizar son los siguientes:

- ✓ Confirmar que la arritmia persiste y que está indicada la cardioversión eléctrica
- ✓ Chequear el nivel de anticoagulación, puesto que la mayoría de arritmias supraventriculares pueden inducir la formación de trombos intracavitarios que se pueden desplazar durante el procedimiento fuera del corazón y producir embolias:
  - INR entre 2-3 o 2.5-3.5 en el caso de patología mitral. El paciente debe haber mantenido este nivel de anticoagulación con confirmación analítica de ello en las 4 semanas previas.
  - Si no tenemos evidencias en este sentido o se trata de una arritmia de menor tiempo de evolución debe:
    - Realizarse ETE bajo anticoagulación, con una diferencia entre los procedimientos menor de 24horas.
    - Debe estar bien anticoagulado con heparina sódica iv (APTT entre 1.5 y 2.5) o enoxaparina (0.3mg iv mas 1mg/kg/12horas) antes de realizar la cardioversión.
- ✓ Ayunas en las 8 horas previas. Puede administrarse la medicación habitual salvo indicación específica. Si el paciente es diabético, no debe tomar las pastillas ni ponerse insulina. Su médico pautará sueros y la insulina que necesite dentro de los sueros. Si el procedimiento es exitoso y se decide el alta el mismo día, no debe conducir ese día.
- ✓ Retirar prótesis dentarias.
- ✓ Monitorizar la saturación de O<sub>2</sub> v mantener saturaciones >96%. Si es preciso con ayuda de suplementos de O<sub>2</sub>.

- ✓ Monitorizar el ECG con un electrocardiógrafo y con el desfibrilador.
- ✓ En el caso de cardioversión de arritmias supraventriculares o de arritmias ventriculares estables: activar la función que sincroniza el desfibrilador con el QRS del ECG.



- ✓ Programar la energía necesaria para el primer choque y plantear el incremento progresivo de dosis en caso de fallar el primer intento
- ✓ Preparar ambú y equipo de reanimación
- ✓ El choque eléctrico produce dolor torácico y es desagradable y por este motivo se administran sedación (Pentotal o Propofol)
- ✓ Con el paciente dormido, administrar el choque sincronizado. Si no se restaura el ritmo sinusal se aplicarán choques de mayor energía a continuación.
- ✓ Monitorizar el despertar

### Efectos adversos y complicaciones

- Malestar torácico ligero e irritación local
- En casos excepcionales están descritas complicaciones graves como parada respiratoria, muerte, arritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca por contusión miocárdica con elevación de enzimas, eventos embólicos (excepcionales si la anticoagulación es adecuada y se realiza ETE pre-cardioversión)
- En ocasiones se aprecia ascenso transitorio del segmento ST en el ECG tras una Cardioversión eléctrica, sin repercusión en la función cardíaca ni movimiento enzimático, que en cualquier caso requiere monitorización en las siguientes horas

### Riesgos personalizados:

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas:

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes,

# Consentimiento - Cardioversión eléctrica

doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **Cardioversión eléctrica**.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

### Denegación o Revocación

*D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.*

*En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_*

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

*TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.*