

MODELLO INFORMATIVO

Informazioni relative all'intervento di

CARDIOVERSIONE ELETTRICA (CVE)

Io sottoscritto/a nato/a il
dichiaro di essere stato/a informato/a in data dal dr.

DI ESSERE AFFETTO DA:

Fibrillazione atriale Flutter atriale Tachicardia atriale

E CHE PER IL TRATTAMENTO DELLA STESSA E' INDICATO L'INTERVENTO DI:

CARDIOVERSIONE ELETTRICA (CVE)

Gentile Sig.

(cognome e nome del Paziente)

il presente foglio ha lo scopo di informarla riguardo all'utilità ed alle modalità di esecuzione della cardioversione elettrica esterna

FINALITÀ DELL'INTERVENTO

Il suo cuore attualmente batte in modo irregolare e/o rapido, essendo stata riscontrata all'elettrocardiogramma la presenza di una aritmia (fibrillazione atriale, flutter o tachicardia atriale). Tale aritmia oltre a poterle causare vari sintomi (palpitazioni, affanno, stanchezza, vertigini) può, in presenza di frequenza cardiaca troppo elevata, peggiorare la funzione contrattile del cuore. Nel Suo caso si è ritenuto indicato tentare di ripristinare il normale ritmo regolare cardiaco sinusale.

PRECAUZIONI

Durante la fibrillazione atriale il flusso del sangue nelle cavità cardiache circola in modo anomalo e ciò può favorire, in particolare nelle aritmie di durata superiore alle 48 ore, la formazione di trombi ("coaguli" di sangue) in alcune parti del cuore chiamate atri. I trombi possono frammentarsi e disseminarsi nei vasi arteriosi, soprattutto nelle fasi successive la cardioversione elettrica,

causando delle embolie. In presenza di aritmie di durata non nota o superiore alle 48 ore, al fine di ridurre al minimo il rischio di embolie, la cardioversione viene eseguita dopo un adeguato periodo di terapia anticoagulante; in casi particolari e secondo il proprio giudizio, il medico può consigliare l'esecuzione di una particolare ecocardiografia con sonda transesofagea per escludere con maggior sicurezza la presenza di trombi, consentendo così la cardioversione immediata.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Allo scopo di evitare qualsiasi percezione di dolore conseguente alla scarica elettrica applicata sul torace, le verrà somministrato un farmaco che induce una breve sedazione profonda (una specie di leggera anestesia). Per tale trattamento può essere necessario il suo consenso scritto su modulo dedicato.

La scarica elettrica viene erogata tramite due piastre metalliche che vengono appoggiate dal medico sul torace, con l'interposizione di un foglio di gel che favorisce il passaggio della corrente.

Durante la cardioversione sarà erogata sul torace una brevissima scarica di corrente sincronizzata con l'elettrocardiogramma. Si possono erogare più scariche, fino a 2-3, aumentando l'energia (es. 100-150-200 Joules). Questo shock determina una contrazione contemporanea di tutte le cellule cardiache, azzerando i vari circuiti anomali e permettendo il ripristino del regolare ritmo sinusale.

Durante la procedura verrà costantemente registrato al monitor l'elettrocardiogramma, la pressione arteriosa ed il grado di ossigenazione del sangue.

A causa dell'effetto residuo del farmaco anestetico, ai pazienti viene consigliato di non guidare e di non prendere importanti decisioni per il resto della giornata. Qualora la cardioversione venga eseguita in regime di day hospital, è necessario che un'altra persona accompagni il paziente a casa dopo la procedura. I sedativi anestetici che si usano per la cardioversione sono a breve durata d'azione; quindi, la maggior parte dei pazienti può essere dimessa dopo 3-4 ore dalla procedura.

RISULTATI

La percentuale di ripristino del ritmo sinusale varia dal 75 al 90% in caso di fibrillazione atriale e dal 90 al 100% in caso di flutter atriale. Ciò dipende da diversi fattori fra i quali la durata dell'aritmia (più è recente e maggiori sono le probabilità di ripristinare il ritmo regolare), le dimensioni del cuore, in particolare dell'atrio sinistro (più è ingrandito e minori sono le probabilità di ripristinare e di mantenere stabilmente il ritmo regolare) e le dimensioni del torace.

E' per le cause sopra descritte pertanto che, nonostante la cardioversione, l'aritmia può recidivare poco dopo.

Il medico può ritenere opportuno iniziare un farmaco antiaritmico alcuni giorni o ore prima della cardioversione (per aumentare la probabilità di successo della cardioversione) o subito dopo il ripristino del ritmo sinusale, nel tentativo di mantenere il ritmo sinusale il più a lungo possibile.

LE POSSIBILI COMPLICANZE

Sono possibili disturbi locali legati alla scarica elettrica (dolore toracico, senso di spossatezza) con una frequenza pari a 1-3% dei casi. Rischi insiti nella procedura, pure se prescritta e condotta secondo arte e secondo le più moderne conoscenze mediche si verificano nel 2-3% casi e possono consistere in:

- Ripristino tardivo del ritmo cardiaco o emergenza di un ritmo cardiaco molto lento, così da dovere ricorrere, in casi eccezionali, ad una stimolazione elettrica cardiaca temporanea per via transvenosa, transtoracica o transesofagea.
- Partenza di formazioni trombotiche (coaguli) dal cuore che possono finire in qualsiasi distretto del corpo (0,5% casi, soprattutto in presenza di trattamento anticoagulante non adeguato).
- Transitorio calo della pressione arteriosa, che può durare alcuni minuti o qualche ora, in genere facilmente correggibile da infusione di liquidi.
- Edema polmonare (i polmoni si riempiono di liquido causando difficoltà respiratorie), complicanza rara (0,4%).

POSSIBILI ALTERNATIVE E CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO

In caso di aritmia insorta recentemente un'alternativa alla cardioversione elettrica è rappresentata dalla cardioversione con farmaci antiaritmici, che generalmente sono meno efficaci e non sempre meno pericolosi. In casi selezionati ed in presenza di recidive è possibile eseguire un trattamento (ablazione transcateretere) in grado di ridurre significativamente la nuova insorgenza dell'aritmia.

Generalmente la necessità di mantenere la terapia anticoagulante orale è indipendente dal successo della cardioversione elettrica, ma dipende dal profilo di rischio embolico del paziente. In ogni caso è necessario non sospendere il farmaco anticoagulante per almeno un mese dopo una cardioversione.

ESITI CICATRIZIALI

Non vi sono esiti cicatriziali; raramente vi possono essere transitorie e lievi ustioni a livello della cute in corrispondenza delle piastre utilizzate per la cardioversione.

LA PROCEDURA VERRA' ESEGUITA DA UNO DEI SEGUENTI MEDICI (elenco dei medici della struttura abilitati):

.....
.....

Mi è stata data l'opportunità di fare domande e ritengo che le informazioni che precedono e gli eventuali ulteriori chiarimenti richiesti siano stati esaurienti.

Firma del paziente* **Data**.....

DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e firma del padre

Nome e firma della madre

..... (data.....)

.....(data.....)

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione (allegato).

IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

Nome Cognome.....Firma.....Data.....

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello).....

Firma dell'interpretedocumento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello).....

Firma del testimone.....documento.....Data.....

CONSENSO RELATIVO A

CARDIOVERSIONE ELETTRICA (CVE)

Io sottoscritto/a.....
dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso:
 - l'formativa fornita;
 - il colloquio con un medico;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
- di (barrare la scelta) **ACCETTARE** / **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto.
- di (barrare la scelta) **AUTORIZZARE** / **NON AUTORIZZARE** l'operatore all'esecuzione di eventuali procedure addizionali ritenute opportune dall'operatore durante l'intervento nel solo interesse della mia salute e della migliore riuscita dell'intervento stesso, con l'impegno di descrivere nel registro operatorio nel modo più esaustivo le condizioni intra operatorie che le hanno motivate

Osservazioni:.....

.....

Valutazione tecnica sul grado di attenzione, lucidità, autonomia e capacità relazionali dimostrati dal paziente nel corso dell'informazione e al momento del consenso.

.....

Timbro e Firma del medico.....

Firma del paziente*.....Data.....

DA FIRMARE CONGIUNTAMENTE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Nome e firma del padre

Nome e firma della madre

..... (data.....)

.....(data.....)

NB: in caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione (allegato).

IN CASO DI PAZIENTE INTERDETTO

Dati del legale rappresentante (in caso di soggetto privo in tutto o in parte di autonomia decisionale):

Nome Cognome.....Firma.....Data.....

NB: va allegata la documentazione che indica i poteri del legale rappresentante

INFORMAZIONE DATA AL PAZIENTE TRAMITE INTERPRETE E TESTIMONI

Nome e Cognome dell'interprete (stampatello).....

Firma dell'interpretedocumento.....Data.....

Nome e cognome del testimone (stampatello).....

Firma del testimone.....documento.....Data.....



Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione