

BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

ADENOSINAREN TESTA / TEST DE ADENOSINA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
<<NOMBREMEDICO>> Data: <<FECHA>>

B. INFORMAZIOA:

Pazienteengan elektrokardiogramaren ezkutuko alterazio jakin bat agerrarazteko erabiltzen da proba diagnostiko hau, Wolff-Parkinson-White-ren sindromea izan dezaketela susmatzen denean.

Adenosina deitutako sendagaia ematen zaie, zain barnetik. Erantzun normala dagoela joko da eroapen elektriko aurikulobentrikularren blokeo iragankorra objektibatzen bada. Adenosina eman ondoren QRS konplexuaren zabaltzea (eszitazio-aurre handiena) agertzen bada, ordea, eroapen anterogradioa duen bide akzesorio bat dagoela frogatzen da.

Pazienteak baraurik eta ahoz gora etzanda egon behar du, eta uneoro kontrolatuko dira arteria-tentsioa eta erregistro elektrokardiografikoa.

Bide periferiko bat kanalizatuta adenosina gero eta dosi handiagoetan ematen da (6, 12, 18 mg), eragindako efektuaren arabera, eta infusio azkar baten bidez; jarraian serum fisiologikoa emango da, adenosina bihotzera bizkor irits dadin eta ahalik eta eragin handiena izan dezan.

Kardiologiako fakultatibo espezialista batek etengabe begiratuko du ea aldaketarik eragiten den erregistro elektrokardiografikoan.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Adenosina bizitza ertain-laburreko farmakoa da; horregatik, eragin ohi dituen bigarren mailako ondorioak automugatuak eta iraupen laburrekoak izaten dira.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
<<NOMBREMEDICO>> Fecha: <<FECHA>>

B. INFORMACIÓN:

Es una prueba diagnóstica empleada para poner de manifiesto una determinada alteración latente del electrocardiograma en pacientes en los que se sospecha la presencia de Síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Se administra un medicamento, llamado adenosina, por vía intravenosa. Hablaremos de una respuesta normal, si se objetiva un bloqueo transitorio de la conducción eléctrica aurículoventricular. En cambio, si tras la administración de adenosina aparece un ensanchamiento del complejo QRS (preexcitación máxima), se demuestra la presencia de una vía accesoria con conducción anterógrada.

Se realiza con el paciente en ayunas y en decúbito supino, controlando en todo momento la tensión arterial y el registro electrocardiográfico.

Se canaliza una vía periférica y se administra adenosina en dosis crecientes (6, 12, 18 mg) según el efecto que produzca, mediante una infusión rápida seguida de infusión de suero fisiológico para que la adenosina llegue rápidamente al corazón y ejerza su efecto máximo. Un facultativo especialista en cardiología comprueba en todo momento si se producen modificaciones en el registro electrocardiográfico.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- La adenosina es un fármaco de vida media corta, por lo que los posibles efectos secundarios que genere suelen ser autolimitados y de breve duración.

- Ohiko arriskuen artean, honako sintoma hauek ager daitezke: opresio torazikoa, beroaldia eta bero-sentsazioa. Halaber, ohikoak ez badira ere, zorabioa, zefalea eta bronkoespasmoa agertzeko arriskua ere badago asma duten pazienteengan.
- Zure oraingo egoera klinikoan, proba honek ekarriko dizkizun onurak balizko arriskuak baino handiagoak dira. Horrexegatik gomendatzen dizugu proba egitea.
- Como riesgos frecuentes pueden aparecer síntomas como opresión torácica, sofoco y sensación de calor. Asimismo como riesgos infrecuentes pueden aparecer mareo, cefalea y broncoespasmo en pacientes asmáticos.
- En su actual estado clínico los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo, se le indica la conveniencia de que le sea realizada.

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

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

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.

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.- ARRISKU PERTSONALAK:

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

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:

Antzeko eragina izan dezakeen beste farmakoren bat ere badago, baina Adenosinak eragin laburra duenez, farmako hori erabiltzeko hautua egin da. Wolff-Parkinson-White-ren sindromea baieztatzeko azterketa elektrofisiologikoa ere egin daiteke; askoz teknika konplexuagoa da, ordea, eta, edozelan ere, diagnostikoa baieztatu ondoren bakarrik da gomendatzekoa.

F. ALTERNATIVAS:

Existe algún otro fármaco que puede producir un efecto similar, pero la brevedad de acción de la Adenosina, lo hace de elección. Para llegar a la confirmación del diagnóstico de un síndrome de Wolff-Parkinson-White, se puede realizar también un estudio electrofisiológico, técnica mucho más compleja, y que en todo caso, podría recomendarse solamente tras la confirmación del diagnóstico.

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 Vd. 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.

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

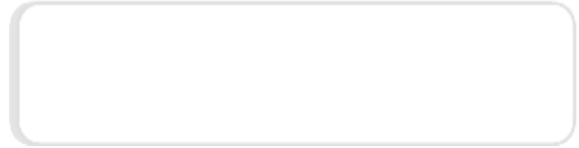
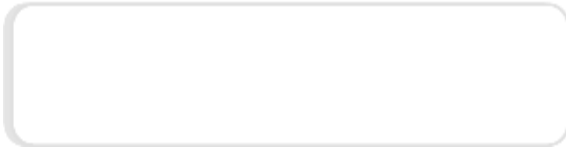
Medikua/k / El/La Médico/s**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

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****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

