

## BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO

### BEHIN-BETIKO TAUPADA-MARKAGAILUA IPINTZEA / IMPLANTACIÓN MARCAPASOS DEFINITIVO

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

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

#### A. IDENTIFICACIÓN:

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

#### B. INFORMAZIOA:

Taupada-markagailua ipintzen da erritmo kardiakoaren asaldurak kontrolatzeko, kontu izanda taupaden frekuentzia ez dadin oso baxua izan.

Ebaki txiki bat egin ostean, gailu bat jartzen da azalaren azpian, kable bati edo biri lotuta, zure erritmo-alterazioa zuzentzeko behar duzu taupada-markagailu motaren arabera. Bihotzeraino heltzen da horrela eta estimulatu egiten du astiroegi arituz gero.

Interbentzioak gutxi gora-behera ordubete iraungo du eta anestesia lokalarekin egiten da.

Taupada-markagailuak bateria bat dauka, 7-10 bat urte irauten du eta antzeko prozedura kirurgiko baten bidez alda daiteke.

Bihotza estimulatzeko ezar daitezkeen sistema guztiek urruneko kontrolerako aukera dute, etxetik bertatik aztertu ahal izateko.

Beharrezkoa da aldizkako kontrolak egitea kanpokoentzako kontsultan edo zure etxetik.

#### B. INFORMACIÓN:

La implantación de un marcapasos se realiza para controlar trastornos del ritmo cardiaco evitando que la frecuencia de latidos sea demasiado baja.

Tras una pequeña incisión se colocará un dispositivo bajo la piel unido a uno o dos cables, dependiendo del tipo de marcapasos que necesite para corregir su alteración del ritmo, que llegando hasta su corazón lo estimulará en caso de que este funcione demasiado lento.

La intervención tendrá una duración aproximada de una hora y se realiza con anestesia local.

El marcapasos lleva una batería que suele durar en torno a 7-10 años, pudiéndose recambiar por un procedimiento quirúrgico similar.

Todos los sistemas implantables para estimular el corazón cuentan con la posibilidad de control a distancia, permitiendo la revisión desde el domicilio.

Es preciso realizar controles periódicos en la consulta externa o desde su domicilio.

#### C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

- Oso gutxitan izaten da infekzioa izateko arriskua (%1), aurretik beharrezko neurriak hartzen dira-eta. Zenbaitetan ondorioak garrantzitsuak izan daitezke (bihotzeko infekzioa).
- Pazienteen %10ek hematoma izan ditzake, eta hematoma hauen %2k edo 3k garrantzia izan dezake.
- Nahiz eta gutxitan gertatu elektrodoa mugitu daiteke. Hau kasuen %1 edo 2an gertatzen da, eta horrelakoetan antzeko interbentzioa egin behar izaten da berriz ere bere tokian jartzeko.

#### C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

- Existe riesgo de infección poco frecuente (1%) ya que se toman las precauciones necesarias. Sus consecuencias en algunos casos pueden ser importantes (infección del corazón).
- Se pueden producir hematomas el 10% de los pacientes, de ellos en sólo 2 ó 3% pueden ser importantes.
- Una complicación poco frecuente es el desplazamiento del electrodo, esto suele ocurrir en 1-2% de los casos y exige recolocararlo de nuevo con una intervención similar.

- Beste konplikazio batzuk, nahiz ohiz kanpokoak, hauek dira: oharkabean birrikak ziztatzea, eta arteriak ziztatzeagatik sortzen diren hemorragiak. Orain arteko gure esperientzian, kasuen %2an gertatzen da.
- Otras complicaciones posibles, mucho más raras, son la punción inadvertida del pulmón y las hemorragias por punción arterial. En nuestra experiencia pasa en el 0,2%.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

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

#### D. ESAN IEZAGUZU:

Halakorik baduzu, esan behar diguzu: medikamentuekiko alergia, 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. Medikatuak 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:

Ez dago ordezko aukerarik taupada-markagailu bidez tratatu daitezkeen alterazio gehienentzat. Kasu espezifiko batean (taupada-markagailu monokamerala) eredu konbentzionalaren ordeztu elektrodorik gabeko taupada-markagailu bat erabil daiteke.

#### F. ALTERNATIVAS:

Para la mayoría de las alteraciones tratables mediante marcapasos no existe alternativa. En una indicación específica (marcapasos monocameral) el modelo convencional puede ser sustituido por un marcapasos sin electrodos.

Historia klinikoaren fitxategiaren ardua 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

&lt;&lt;NOMBREMEDICO&gt;&gt; / &lt;&lt;NUMEROCOLEGIADOMEDICO&gt;&gt;

**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

