

EBAKUNTZA BARRUKO MONITORIZAZIO NEUROFISIOLOGIKOA EGITEKO BAIMEN INFORMATUA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATORIA

A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:
..... Data:

B. INFORMAZIOA:

Ebakuntza barruko monitorizazio neurofisiologikoa (MNIO) prozedura kirurgikoan arriskuan egon daitezkeen nerbio-egituren (garuna, muina, sustraiak edo nerbio periferikoak) funtzionamendua ebaluatzea ahalbiltzen duten teknika batzuen aplikazioa da.

MNIOren helburua da egitura horien funtzioan aldaketak identifikatu ahal izatea, haien funtzioa zaindu ahal izateko eta kirurgian zehar kalte neurologiko iraunkorrak edo larriak izateko arriskua minimizatzeke.

Monitorizazio hori mediku neurofisiologo batek egiten du, eta, funtsean, estimuluak aplikatzen ditu. Estimulu horiek erantzunak eragingo dituzte, eta gero elektrodoen bidez erregistratuko dira. Estimulu ohikoenak estimulu elektrikoak dira, baina beste batzuk ere badaude, kontrolatu nahi dugun nerbio-bidearen arabera (soinudunak edo argitsuak). Estimulu horiek pazientearen dagoenean egiten dira, eta, normalean, etengabe aplikatzen dira kirurgia osoan, eta arreta berezia jartzen da egitura neurologikoak arrisku handiengan dauden uneetan.

C. ARRISKUAK ETA KONPLIKAZIOAK:

Monitorizazio neurofisiologikoko teknikak ez daude konplikazioetatik salbuetsita, nahiz eta konplikazio horiek ez diren oso ohikoak eta, oro har, arinak izan.

Orratz-elektrodoak erabiltzen direnez, baliteke orratz horiek jartzeagatik handitutako gune batzuk egotea, baita hematoma agertzea ere.

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:
..... Fecha:

B. INFORMACIÓN:

La monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MNIO) es la aplicación de una serie de técnicas que permiten evaluar el funcionamiento de estructuras nerviosas (cerebro, médula, raíces o nervios periféricos) que pueden estar en riesgo en el procedimiento quirúrgico.

La finalidad de la MNIO es poder identificar alteraciones en la función de estas estructuras, con el objetivo de poder preservar su función y minimizar el riesgo de daños neurológicos permanentes o graves durante la cirugía.

Esta monitorización es llevada a cabo por un médico neurofisiólogo y fundamentalmente, consiste en aplicar estímulos, que provocarán respuestas, que posteriormente serán registradas por electrodos. Los estímulos más habituales son en forma de estímulos eléctricos, aunque también existen otros, en función de la vía nerviosa que queramos controlar (sonoros o luminosos). Estos estímulos se realizan una vez el paciente está dormido y habitualmente, se aplican de forma constante durante toda la cirugía y con especial atención en los momentos en donde las estructuras neurológicas están más en riesgo.

C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las técnicas de monitorización neurofisiológica no están exentas de complicaciones, aunque éstas son poco frecuentes y en general leves.

Como se utilizan electrodos de aguja, puede haber algunas zonas inflamadas por la colocación de estas agujas, así como posible aparición de hematomas.

Estimulu elektrikoak aplikatzeak hozkada-muskuluen uzkurdura handia eragin dezake, eta mihian, ezpainetan, hortz-piezetan edo orotrakea-intubazioko hodi berean kalteak edo hozkadak eragin ditzake; horregatik, kirurgian aho-babesak erabiltzen dira.

Askoz ere neurri txikiagoan daude konplikazioak, hala nola estimulazioak eragindako mugimenduaren ondorioz eremu kirurgikoan izan dezakeen kaltea, kirurgia barneko krisi konbultsiboak, erredurak elektrodoak dauden lekuetan edo estimulazioaren bigarren mailako alterazio kardiobaskularrak.

KONTRAINDIKAZIOA

Ebakuntza-gelan teknika horiek erabiltzearen erabateko kontraindikazio gutxi daude, baina inguruabar batzuk ebaluatu egin behar dira, suposatu egin dezaketelako.

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

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.

E. ARRISKU PERTSONALAK:

Egoera pertsonal espezifiko batzuk daude, eta gaixotasunek arrisku edo konplikazioen maiztasuna edo larritasuna areagotu dezakete, bai eta erabilitako tekniken sentsibilitatea murriztu ere. Horregatik, garrantzitsua da honako baldintza hauen berri ematea:

La aplicación de los estímulos eléctricos puede generar una contracción fuerte de los músculos de la mordida y se pueden producir mordeduras de la lengua, labios, daños en piezas dentarias o mordedura del mismo tubo de intubación orotraqueal, razón por la cual se utilizan protectores bucales durante la cirugía.

En mucha menor proporción están complicaciones como el posible daño en el campo quirúrgico debido al movimiento inducido por la estimulación, crisis convulsivas intraquirúrgicas, quemaduras en los lugares donde se encuentran los electrodos o alteraciones cardiovasculares secundarias a la estimulación.

CONTRAINDICACIONES:

Existen pocas contraindicaciones absolutas del uso de estas técnicas en quirófano, pero hay circunstancias que se deben evaluar porque podrían suponerlo.

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

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.- RIESGOS PERSONALIZADOS:

Existen algunas circunstancias personales específicas y enfermedades pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, así como disminuir la sensibilidad de las técnicas usadas, por esa razón es importante informar de las siguientes condiciones:

- Gaixotasun neurologikoak, hala nola epilepsia, miastenia larria, polineuropatia eta abar.
- Ezarritako gailu elektrikoren baten presentzia, adibidez: taupada-markagailu bat, inplante koklear bat, estimulatzailer lauso bat edo garuneko estimulatzailer sakon bat
- Apositu edo metal motaren batekiko alergia. Arrautzaren proteinarekiko erreakzio alergiko larriaren aurrekaria.
- Enfermedades neurológicas como por ejemplo epilepsia, miastenia gravis, polineuropatía...
- Presencia de algún dispositivo eléctrico implantado como, por ejemplo: un marcapasos, un implante coclear, un estimulador vagal o un estimulador cerebral profundo...
- Alergia a algún tipo de apósito o metal.
- Antecedente de reacción alérgica grave a la proteína del huevo.

OHARRA: Informazio hau zabaldu nahi baduzu edo azaldutako prozedurari buruzko zalantzaren bat sortzen bazaizu, jar zaitez harremanetan Neurofisiologia Klinikoko Zerbitzuko Idazkaritzarekin, bertan kontsulta mediko baterako hitzordua emango baitzaizu. Telefonoa: 945007749.

NOTA: Si desea ampliar esta información o le surge alguna duda respecto al procedimiento descrito, póngase en contacto con la Secretaría del servicio de Neurofisiología Clínica donde se le citará para una consulta médica. Teléfono: 945007749

F. ORDEZKO AUKERA

Medikuak azaldu dit ez dagoela tratamendurako metodo eraginkorragorik eta, beraz, ez dago deskribatutako alternatibarik.

F. ALTERNATIVAS:

El médico me ha explicado, que no existe método más eficaz de tratamiento por lo que, no existen alternativas descritas.

Datuen babesari buruzko oinarritzko informazioa: interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza-Euskal osasun zerbitzuak tratatuko dituela. Tratamendu HISTORIKO KLINIKOaren helburua da pazientearen historia klinikoko datuak izatea, haren jarraipena egiteko eta asistentzia-jarduera kudeatzeko, interes publikoaren izenean edo tratamenduaren arduradunari emandako botere publikoen izenean egindako misio bat betez. Datuak jakinaraz dakizkieke Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari, GSINi, agintaritzak judizialei eta aseguru-erakundeei. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak eta Osakidetza osasun-langileek emandakoak dira. Interesdunak datuak eskuratzeko, zuzentzeko eta ezabatzeko eskubidea du, bai eta haien tratamendua mugatzeko edo aurka egiteko ere. Datuak babesteari buruzko informazio gehiago nahi izanez gero, jo webgune honetara:

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/datuenbabesa/>.

Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencial, conforme al cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>.

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN

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/ El Paciente**Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Medikua/EI/La Médico**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha

Legezko Ordezkaria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante legal: 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

