TEST FARMACOLÓGICO CON ADRENALINA

¿Qué es?

Es una prueba diagnóstica para pacientes con sospecha de padecer síndrome de QT largo, una enfermedad genética de los canales de potasio y sodio del corazón (también llamada "canalopatía"), que predispone a las personas afectadas a arritmias malignas que pueden provocar pérdida de la conciencia, una parada cardiaca e incluso la muerte súbita.

¿Para qué sirve?

Permite desenmascarar patrones electrocardiográficos del síndrome de QT largo observando un comportamiento paradójico del intervalo QT durante la infusión de pequeñas dosis de epinefrina (adrenalina), principalmente en los casos de pacientes con algún familiar afectado por este síndrome o con antecedentes familiares de muerte súbita.

¿Cómo se lleva a cabo?

Usted debe estar en ayunas y tumbado/tumbada. Se le inyectará en una vena una sustancia (adrenalina) por medio de un bolo y después una infusión con suero durante cinco minutos. Un cardiólogo comprobará en todo momento si se producen modificaciones en el electrocardiograma y también se le monitorizará la presión arterial.

¿Qué riesgos tiene?

Pueden aparecer síntomas leves (palpitaciones, taquicardia, vértigo, alteraciones visuales, cefalea, mareo, náuseas, sequedad de la boca), que normalmente desaparecen pocos minutos después de terminar la prueba. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante, se pueden presentar excepcionalmente trastornos del ritmo cardíaco graves, síncope y, muy ocasionalmente, infarto de miocardio; el riesgo de paro cardiaco por fibrilación ventricular es muy bajo, ya que las dosis de adrenalina que se administran son muy pequeñas. Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dadas su situación clínica y sus circunstancias personales, son .....
.....
.....

En su estado clínico actual, los beneficios derivados de esta prueba superan los posibles riesgos; por este motivo es conveniente que se someta a ella. Si aparecen complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para intentar resolverlas. Aun así, antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional.

¿Hay alternativas?

Esta exploración proporciona datos muy útiles para descartar con seguridad que usted no padece una enfermedad cardiaca grave y mortal como el síndrome de QT largo.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Paciente

El Dr. / La Dra. ..... me ha explicado satisfactoriamente qué es, cómo se lleva a cabo y para qué sirve un test farmacológico con adrenalina. También me ha indicado los riesgos y las posibles molestias o complicaciones que podría implicar y me ha asegurado que es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo que me ha explicado y por ello doy mi consentimiento para que el Dr. / la Dra..... y el personal que le asiste me hagan un test farmacológico con adrenalina. Aun así, sé que puedo revocar este consentimiento cuando quiera.

(rúbrica)

Representante legal

El Dr. / La Dra. ..... me ha explicado satisfactoriamente qué es, cómo se lleva a cabo y para qué sirve un test farmacológico con adrenalina. También me ha indicado los riesgos y las posibles molestias o complicaciones que podría implicar y me ha asegurado que es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual de la persona a quien represento para la persona a quien represento.

He comprendido perfectamente todo lo que me ha explicado y por ello doy mi consentimiento para que el Dr. / la Dra. .....y el personal que le asiste hagan un test farmacológico con adrenalina a la persona a quien represento. Aun así, sé que puedo revocar este consentimiento cuando quiera.

(rúbrica)

Médico / médica

nombre y apellidos
....., he informado al / a la paciente y/o a su representante legal sobre el propósito y la naturaleza del procedimiento de test farmacológico con adrenalina y sobre los riesgos que supone y las alternativas de que dispone.

(rúbrica) (n.° de colegiación)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del / de la paciente .....

Edad ..... Sexo ❒ hombre ❒ mujer

Hospital Son Llàtzer. Historia clínica n.° ..... N.° de habitación: .....

Servicio de Cardiología. Fecha [DD/MM/AAAA] ..... Hora .....

Localidad: Palma

NOTA

Si usted, ante testigos, no acepta firmar este consentimiento, debe hacerlo constar:

.....

.....

.....

Nombre, firma y documento de identidad de dos testigos

Testigo 1	Testigo 2
Nombre y apellidos	Nombre y apellidos
.....	.....
Rúbrica	Rúbrica
Documento de identidad	Documento de identidad
.....	.....