

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESCRITO PARA CATETERISMO TERAPÉUTICO CORONARIO

CENTRO SANITARIO:

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CATETERISMO TERAPÉUTICO (ANGIOPLASTIA Y STENT)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Es un tipo de tratamiento que se aplica a pacientes que tienen lesiones que obstruyen las arterias coronarias, que son las arterias que riegan el corazón, y que de forma previa han sido diagnosticados al realizarles un cateterismo cardíaco. Este tratamiento permite reducir o suprimir las estrecheces (estenosis) que existen en dichas arterias, dilatándolas desde su interior.

CÓMO SE REALIZA:

Con el paciente en ayunas, consciente aunque sedado y tumbado. Se le aplica anestesia local en la zona de punción para que la exploración no resulte dolorosa. Las zonas pueden ser la ingle o el brazo. A través de las venas o arterias de dichas zonas, se introducen varios catéteres (cables muy finos, largos y flexibles), hacia el corazón. En todo momento, el proceso está controlado mediante rayos X, y a través de la información que nos dan los catéteres. Este tratamiento se puede hacer mediante diversos procedimientos y dependerá del tipo de lesión coronaria que exista. Le describimos tres posibles: Se sonda la arteria lesionada llegando donde está la obstrucción con un alambre que sirve de guía. Allí se coloca un catéter muy fino provisto de un globo en la punta. Al inflar el globo a presión, se dilata la zona estrecha para mejorar el paso de la sangre a ese nivel. Esta maniobra puede repetirse. Este procedimiento se llama angioplastia coronaria "con balón". A veces es necesario utilizar otros catéteres diferentes que llevan en su extremo un mecanismo que corta y pule la placa dura que obstruye la arteria. Este procedimiento se llama **aterectomía**. Y en ocasiones, es preciso colocar dentro de la luz arterial un tubo o una malla metálica expandible que soporte las paredes de la arteria y la mantenga abierta. Se habrá optado por colocar una prótesis intravascular, también denominada **stent**.

Las inyecciones de contraste después de los procedimientos permitirán comprobar sus resultados. Después de registrar todos los datos necesarios se retiran los catéteres utilizados. Se deja a veces un pequeño introductor durante varias horas por seguridad; pasado ese tiempo sin complicaciones se retirará también. Mientras transcurre la exploración se controla permanentemente la actividad del corazón. Una vez finalizado el tratamiento, el paciente debe permanecer en la cama varias horas. El éxito inicial se produce en más del 90 por 100 de los casos.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante la prueba puede notar palpitaciones y sensación de calor difusa. En raras ocasiones se pueden dar reacciones alérgicas. Del cateterismo diagnóstico no se producen resultados clínicos inmediatos, pero es un paso previo para tomar las decisiones más adecuadas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos, por lo que se indica la conveniencia de que le sea practicada.

Una vez establecido el diagnóstico de su enfermedad cardíaca será posible abordar en cada caso particular el tratamiento médico, intervencionista o quirúrgico que sea necesario.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Depende de la patología que usted padezca. En algunos casos se pueden utilizar otras técnicas de revascularización como la cirugía coronaria.

En su caso: QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

LOS MÁS FRECUENTES: Palpitaciones o sensación de calor provocadas por los catéteres y la inyección de contraste. Reacciones alérgicas imprevistas. Puede aparecer hematoma en la zona de punción, que normalmente se reabsorberá espontáneamente. Asimismo es frecuente notar dolor en el pecho (angina) durante la dilatación con el balón de angioplastia.

LOS MÁS GRAVES: Complicaciones más graves son hemorragia que precise transfusión. Accidente cerebrovascular. Parálisis braquial. Arritmias severas, e incluso, algunas veces, requerir actuación urgente (infarto agudo de miocardio, 1---2 de cada 100; disección coronaria que precisa en algunos casos cirugía, 2 de cada cien); shock anafiláctico o cardiaco, el riesgo de muerte está en torno al 0,5 de cada 100. Otras complicaciones pueden ser trombosis de stent(<2%) o reestenosis (5---30%).

LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

-A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente. También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

CENTRO SANITARIO:

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)
(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión.
Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE:

DNI / NIE:

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL:

DNI / NIE :

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE:

Fecha:

Firma:

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.
___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.
___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En Sevilla a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.: