

ESCRITO PARA CATETERISMO CARDÍACO DIAGNÓSTICO

CENTRO SANITARIO:

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CATETERISMO CARDÍACO (CORONARIOGRAFIA)

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 una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades congénitas o adquiridas del corazón o de la aorta. Permite conocer la anatomía y función del corazón y de los grandes vasos, y la gravedad de las lesiones que pudieran tener sus arterias coronarias. Se obtienen imágenes de dichas estructuras mediante rayos X y la administración de un contraste yodado.

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. Normalmente se realiza una pequeña incisión en la piel. Se introducen catéteres (tubos de plástico finos, largos y flexibles) a través de las arterias y venas de la zona y se dirigen hacia el corazón. En todo momento, el proceso está controlado mediante rayo X, y a través de la información que nos dan los catéteres. Una vez allí, se miden las presiones desde su interior y el flujo sanguíneo. Se inyecta un contraste para conocer el tamaño y forma de las cavidades y el estado de las válvulas; también pueden verse los vasos coronarios seleccionados. Después de registrar todos los datos necesarios se retiran los catéteres y se comprime el sitio de punción, para que cierre de forma espontánea y evitar el sangrado. Algunas veces hay que dar puntos de sutura. Durante la exploración se controla en todo momento la actividad del corazón. Una vez finalizado el procedimiento, el paciente debe permanecer en cama varias horas.

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 diagnósticas como el AngioTAC Coronario.

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:

Durante la prueba puede notar palpitaciones o sensación de calor pasajera. En raras ocasiones se pueden dar reacciones alérgicas. En la zona de punción puede tener dolor e incluso hematoma, siendo habitual que desaparezca de forma espontánea.

• LOS MÁS GRAVES: En general, son problemas poco frecuentes como: Hemorragias.

Arritmias severas. Dolor de pecho. Infarto de miocardio. Trombosis venosa o arterial. Insuficiencia cardíaca. Accidente cerebrovascular. Shock anafiláctico. Parálisis braquial. Es excepcional el caso de muerte al realizarse esta prueba, de 1 a 2 personas de cada 1.000 que se la realizan..

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: CEDICAR S.C.

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.: