

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CATETERISMO CARDÍACO DIAGNÓSTICO

USTED TIENE DERECHO A CONOCER EL PROCEDIMIENTO DE **CATETERISMO CARDÍACO DIAGNÓSTICO** AL QUE VA A SER SOMETIDO SU REPRESENTADO LEGAL Y LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE OCURREN. ESTE DOCUMENTO INTENTA EXPLICARLE TODAS ESTAS CUESTIONES; LÉALO ATENTAMENTE Y CONSULTE CON EL MÉDICO TODAS LAS DUDAS QUE SE LE PLANTEEN. LE RECORDAMOS QUE, POR IMPERATIVO LEGAL, TENDRÁ QUE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE PODAMOS REALIZAR DICHO PROCEDIMIENTO.

### 1- ¿QUÉ ES?

ES UNA PRUEBA DIAGNOSTICA QUE SE REALIZA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS DEL CORAZÓN, DE LAS VENAS QUE RECIBE O DE LAS ARTERIAS QUE SALEN DEL MISMO.

### 2- ¿PARA QUÉ SIRVE?

PERMITE CONOCER LA ANATOMÍA Y FUNCIÓN DEL CORAZÓN Y DE LOS GRANDES VASOS, VALORAR LA EXISTENCIA DE ANOMALÍAS Y LESIONES, Y DEFINIR LA GRAVEDAD DE LAS MISMAS. SE OBTIENEN IMÁGENES DE DICHAS ESTRUCTURAS MEDIANTE RAYOS X Y LA INYECCIÓN DE UN CONTRASTE YODADO.

### 3- ¿CÓMO SE REALIZA?

SE REALIZA ESTANDO EL PACIENTE EN AYUNAS, TUMBADO Y CON SEDACIÓN PROFUNDA Y ANESTESIA LOCAL O CON ANESTESIA GENERAL, PARA QUE NO RESULTE DOLOROSA, ESTO PUEDE PRODUCIR DISMINUCIÓN DEL ESFUERZO RESPIRATORIO POR LO QUE A VECES ES NECESARIO INTUBAR, PARA MANTENER UNA VENTILACIÓN MECÁNICA ARTIFICIAL (COLOCAR UN TUBO EN LA GARGANTA PARA AYUDAR A RESPIRAR).

SE INTRODUCEN CATÉTERES (TUBOS MUY FINOS LARGOS Y FLEXIBLES) A TRAVÉS DE UNA VENA Y/O ARTERIA. SE COLOCAN POR PUNCIÓN (EN OCASIONES ES NECESARIA UNA PEQUEÑA INCISIÓN DE LA PIEL) DE UNA VENA DE LA INGLE, BRAZO, CUELLO O DEBAJO DE LA CLAVÍCULA Y/O DE UNA ARTERIA DE LA INGLE O BRAZO. PREVIAMENTE SE APLICA ANESTESIA LOCAL DE LA ZONA, SI SE HACE CON SEDACIÓN. LOS CATÉTERES SE DIRIGEN HASTA EL CORAZÓN Y LOS GRANDES VASOS CON CONTROL POR RADIOSCOPIA (RAYOS X), TOMANDO A SU TRAVÉS MUESTRAS DE SANGRE PARA ANALIZAR SU CONTENIDO DE OXIGENO Y REGISTRANDO LAS PRESIONES EN LAS DISTINTAS CAVIDADES. POSTERIORMENTE SE INYECTA UN CONTRASTE RADIOPACO, GRABANDO SU PASO A TRAVÉS DE LAS DISTINTAS ESTRUCTURAS, PARA CONOCER EL TAMAÑO Y FORMA DE LAS MISMAS, EL ESTADO DE LAS VÁLVULAS Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL FLUJO SANGUÍNEO. DESPUÉS DE OBTENER LOS DATOS NECESARIOS SE RETIRAN LOS CATÉTERES Y SE COMPRIME EL SITIO DE PUNCIÓN, PARA QUE CIERRE ESPONTÁNEAMENTE Y ASÍ EVITAR QUE SANGRE (SI SE EFECTÚA LA PRUEBA MEDIANTE INCISIÓN DE LA PIEL, SE SUTURARÁ LA HERIDA), DEJANDO UN VENDAJE COMPRESIVO. DURANTE LA EXPLORACIÓN SE CONTROLA PERMANENTEMENTE EL ELECTROCARDIOGRAMA, LAS PRESIONES CARDIOVASCULARES, LA VENTILACIÓN Y EL CONTENIDO DE OXIGENO SANGUÍNEO DEL PACIENTE. LA DURACIÓN DEL ESTUDIO ES VARIABLE, DEBIENDO PERMANECER EL PACIENTE EN CAMA VARIAS HORAS DESPUÉS, EN GENERAL HASTA EL DÍA SIGUIENTE.

### 4- ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

SI EL PACIENTE ESTA DESPIERTO PUEDE NOTAR A LO LARGO DE LA PRUEBA PALPITACIONES PROVOCADAS POR LOS CATÉTERES O TRAS LAS INYECCIONES DE CONTRASTE; ESTE ÚLTIMO PRODUCE SENSACIÓN PASAJERA Y TOLERABLE DE CALOR EN LA CARA. PUEDE TENER MOLESTIAS LEVES EN LA ZONA DE PUNCIÓN E INCLUSO APARECER UN HEMATOMA QUE SE REABSORBERÁ CASI SIEMPRE ESPONTÁNEAMENTE. MÁS RARAS (MENOS DE 1 POR 100) SON OTRAS COMPLICACIONES QUE PUDIERAN LLEGAR A SER GRAVES (REACCIONES ALÉRGICAS, ARRITMIAS, HEMORRAGIA QUE PRECISE TRANSFUSIÓN, PERFORACIÓN CARDIACA CON TAPONAMIENTO, NEUMOTÓRAX, TROMBOSIS DE VÍA DE ACCESO, INSUFICIENCIA CARDIACA, ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR, CONVULSIONES, INFARTO DE MIOCARDIO), QUE EN ALGUNAS OCASIONES PUEDEN REQUERIR ACTUACIONES URGENTES E INCLUSO DEJAR SECUELAS (DAÑO RENAL O CEREBRAL, PERDIDA DE FUNCIÓN DE PARTE DEL CUERPO), O MAS RARAMENTE SER CAUSA DE FALLECIMIENTO DEL PACIENTE (1-2 POR 1.000). EN LA EXPLORACIÓN SE UTILIZAN RAYOS X PERO SOLO EN DOSIS MUY SUPERIORES A LAS UTILIZADAS HABITUALMENTE PODRÍAN TENER ALGUNA CONSECUENCIA NOCIVA PARA EL PACIENTE.

OTROS RIESGOS O COMPLICACIONES QUE PODRÍAN APARECER DADA LA SITUACIÓN CLÍNICA Y CIRCUNSTANCIAS PERSONALES DEL PACIENTE SON: .....

EN EL ACTUAL ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE, LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA REALIZACIÓN DE ESTA PRUEBA SUPERAN LOS POSIBLES RIESGOS. POR ESTE MOTIVO SE INDICA LA CONVENIENCIA DE SU REALIZACIÓN. SI APARECIERAN COMPLICACIONES, EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE AL PACIENTE ESTÁ CAPACITADO Y DISPONE DE LOS MEDIOS PARA TRATAR DE RESOLVERLAS.

### 5- ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

AUNQUE EXISTEN ALGUNOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS, COMO LA ECOGRAFÍA, LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC) O LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM), ESTA PRUEBA ESTÁ INDICADA PREFERENTEMENTE EN EL CASO DE ESTE PACIENTE.

ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO, NO DUDE EN PEDIR CUALQUIER ACLARACIÓN ADICIONAL QUE DESEE.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

### REPRESENTANTE LEGAL \*

EL MÉDICO DR./DRA. \_\_\_\_\_ ME HA EXPLICADO DE FORMA SATISFACTORIA QUÉ ES, COMO SE REALIZA Y PARA QUE SIRVE \_\_\_\_\_. TAMBIÉN ME HA EXPLICADO LOS RIESGOS EXISTENTES, LAS POSIBLES MOLESTIAS O COMPLICACIONES Y QUE ES EL PROCEDIMIENTO MÁS ADECUADO PARA LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DE: D./DÑA. \_\_\_\_\_.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y DOY VOLUNTARIAMENTE MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL DR./DRA. \_\_\_\_\_ Y EL PERSONAL AYUDANTE LE REALICEN \_\_\_\_\_.

SI DURANTE EL PROCEDIMIENTO, DE MANERA IMPREVISTA, SE NECESITASE PARA BIEN DEL PACIENTE REALIZAR ALGÚN TIPO DE MANIOBRA O INTERVENCIÓN NO INFORMADA PREVIAMENTE **AUTORIZO EXPRESAMENTE** A QUE SE LLEVE A CABO.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

\*ORDEN DE PRELACIÓN: PADRES, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL.

### MEDICO

YO, EL/LA DR./DRA. \_\_\_\_\_ HE INFORMADO A ESTE PACIENTE Y/O A SU REPRESENTANTE LEGAL, DEL PROPÓSITO Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO \_\_\_\_\_, ASÍ COMO DE SUS RIESGOS Y ALTERNATIVAS.

FIRMA Y NÚMERO DE COLEGIADO DEL MÉDICO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

### DATOS DE IDENTIFICACION

PACIENTE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

HOSPITAL \_\_\_\_\_ Hª CLÍNICA Nº \_\_\_\_\_ SERVICIO \_\_\_\_\_

HABITACIÓN / CAMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

### TESTIGO

YO, D. \_\_\_\_\_ DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE D./DÑA. \_\_\_\_\_ HA RECIBIDO LA HOJA DE INFORMACIÓN QUE LE HA ENTREGADO EL/LA DR./A. \_\_\_\_\_.

HA COMPRENDIDO LAS EXPLICACIONES QUE SE LE HAN FACILITADO, Y EL MÉDICO QUE LE HA ATENDIDO LE HA PERMITIDO REALIZAR TODAS LAS OBSERVACIONES Y LE HA ACLARADO TODAS LAS DUDAS Y PREGUNTAS QUE LE HA PLANTEADO. TAMBIÉN COMPRENDE QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN NECESIDAD DE DAR NINGUNA EXPLICACIÓN, PUEDE REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTA. SE CONSIDERA SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDE LA INDICACIÓN Y LOS RIESGOS DE ESTE TRATAMIENTO/PROCEDIMIENTO Y HA EXPRESADO LIBREMENTE SU **CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LE REALICE AL PACIENTE \_\_\_\_\_.

FIRMADO:

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### NOTA

SI USTED, ANTE TESTIGOS, NO ACEPTA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, HÁGALO CONSTAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE, FIRMA Y DNI DE DOS TESTIGOS

TESTIGO 1:

TESTIGO 2:

### REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

YO, D. \_\_\_\_\_ **REVOCO** EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA \_\_\_\_\_ Y DECLARO POR TANTO QUE, TRAS LA INFORMACIÓN RECIBIDA, NO CONSIENTO EN QUE D./DÑA. \_\_\_\_\_ SE SOMETA AL PROCEDIMIENTO DE \_\_\_\_\_.

Fdo. El Representante Legal

Fdo. El Doctor