

## DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CATETERISMO CARDÍACO DIAGNÓSTICO

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente: .....		
Dr: .....		
C.I.A.: .....		
Planta: .....		
F. Ingreso: .....F. Nacimiento: .....		

#### 1. ¿QUÉ ES?

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades congénitas o adquiridas del corazón o de la aorta.

#### 2. ¿PARA QUÉ SIRVE?

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 adición de un contraste yodado.

#### 3. ¿CÓMO SE REALIZA?

Se realiza estando el paciente en ayunas, consciente aunque sedado, y tumbado. Se le aplica anestesia local en la zona de punción (la ingle frecuentemente o el brazo), para que la exploración no resulte dolorosa. Ocasionalmente puede ser necesaria una pequeña incisión en la piel. Se introducen catéteres (tubos de plástico muy finos, largos y flexibles) a través de las arterias y venas de la zona, dirigiéndolos hasta el corazón mediante control por radioscopia. Una vez allí se miden las presiones desde su interior y el flujo sanguíneo. Se inyecta un contraste para conocer el tamaño y la forma de las cavidades y el estado de las válvulas; también pueden verse los vasos coronarias opacificados selectivamente. Después de registrar todos 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 efectuó la prueba mediante disección de la piel y del vaso se suturará la herida) Durante la exploración se controla permanentemente el electrocardiograma. La duración del estudio es variable, debiendo permanecer el paciente en cama varias horas después.

#### 4. ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

A lo largo de la prueba puede notar palpitaciones provocadas por los catéteres o tras las inyecciones de contraste; este último produce sensación pasajera y tolerable de calor en la cara y raramente reacciones alérgicas imprevistas. Puede tener molestias leves en la zona de punción e incluso aparecer un hematoma que se reabsorberá casi siempre espontáneamente. Más raras son otras complicaciones que pudieran llegar a ser graves (arritmias, hemorragia que precise transfusión, trombosis venosa o arterial, angina de pecho, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio), e incluso algunas requerir actuación urgente; es excepcional el riesgo de muerte (1-2 por 1000).

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son

---

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

#### 5. ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS?

Esta prueba está indicada preferentemente en su caso.

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

El médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve un cateterismo cardiaco. También me han explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones y que es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Dr. \_\_\_\_\_ y el personal ayudante que precise (especialista anestesiología) le realicen un cateterismo cardiaco. Puedo retirar este consentimiento cuando desee.

## 6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/doña..... de.....años de edad, con domicilio en.....,DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña..... de.....años de edad, con domicilio en..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente .....

### DECLARO:

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente / necesario, en mi situación la realización de.....

En..... a .... de ..... de 2.....

Fdo.: Don/doña..... DNI.....

Fdo.: Dr/a..... DNI.....

Colegiado nº: .....

## 7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... de..... de 2.....y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a ..... de ..... de 2.....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....

## 8. DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D./D<sup>a</sup> ..... como paciente (o representante del paciente

D./D<sup>a</sup>.....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. nº ..... Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En ..... a ..... de ..... de 2.0.....

Firma del paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma de un testigo  
D.N.I.:

Firma del médico

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo.:.....  
(Nombre y dos apellidos)