

Espacio reservado para la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA**.
Los datos personales se recaban al final del documento

INFORMACIÓN GENERAL

El cateterismo cardiaco es un procedimiento que consiste en la introducción, a través de la arteria o vena femoral o húmeral de una serie de tubos muy finos denominados catéteres, con los que se accede al corazón, para obtener información que contribuya a precisar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. La información más frecuente requerida es la localización y severidad de las obstrucciones de las arterias coronarias, que son las que aportan la sangre para que el corazón pueda funcionar con normalidad. El cateterismo cardiaco también aporta datos sobre el funcionamiento del corazón y el estado de las válvulas cardíacas.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE EL CATETERISMO CARDIACO

A efectos prácticos se realiza una punción a nivel de la ingle (con anestesia local) por la que se accede a la arteria/vena femorales. Ocasionalmente, y a discreción del cardiólogo, se puede puncionar a nivel de la flexura del codo o inclusive de las muñecas. Tras manipular y posicionar los catéteres se realiza una serie de inyecciones de contraste para, utilizando rayos x, obtener la información sobre el estado de sus coronarias. El procedimiento, una vez puncionada la arteria, es habitualmente indoloro y las molestias son debidas, generalmente, al efecto del contraste radiológico utilizado (náuseas y vómitos).

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DEL CATETERISMO CARDIACO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento.

Alergia a alguna de las sustancias empleadas: las reacciones alérgicas (generalmente secundaria al contraste radiológico utilizado) son infrecuentes y las más de las veces, imprevisibles, salvo si ha presentado reacción previa a la misma sustancia. En general, se trata de reacciones leves y de fácil tratamiento siendo las reacciones graves muy raras.

Hipotensión y enlentecimiento del ritmo cardiaco (habitualmente pasajeros) en el 2-3%.

Complicaciones vasculares locales (en el lugar de la punción) consistentes en hematoma o sangrado excesivo en el 2%.

Aritmias graves (que requieren choque eléctrico o marcapasos).

Accidentes cerebrovasculares (embolias/hemorragias).

Infarto agudo de miocardio.

Alteración del funcionamiento de los riñones.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, en algunos casos de urgencia.

Ningun procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

Riesgos personalizados:

POSIBLES ALTERNATIVAS

La única alternativa es la abstención terapéutica.

Consentimiento - Cateterismo cardiaco

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas:

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **Cateterismo cardiaco**.

En _____, a ____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./Dª _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a ____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña _____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.