

ETIQUETA					
Nº Historia Clínica _____					
APELLIDO1		APELLIDO2,		NOMBRE	
_____		_____		_____	
NSS	Tit.	DNI	F.Nacimiento	Edad	Sexo
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dirección			Tlf.		
_____			_____		
SERVICIO			HABITACION		
_____			_____		

### CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

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 coronarios 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.

### RIESGOS, POSIBLES COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

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 1.000).

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.

### ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

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.

### RIESGOS PERSONALIZADOS Y PROFESIONALES

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

### INFORMACIÓN DE SU INTERÉS

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento médico al que va a ser sometido y los riesgos y complicaciones más frecuentes que pueden ocurrir. 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. Por favor, lea atentamente este documento y consulte con su médico las dudas y aclaraciones que se le planteen.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**  
*CAPÍTULO IV. Ley 41/2002, de 14 de noviembre*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D./Dña. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, y D.N.I. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente, representante legal, familiar o allegado)  
en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a D./Dña. \_\_\_\_\_ me ha informado de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento \_\_\_\_\_  
(Nombre del procedimiento)

En Santa Cruz de Tenerife, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_

**Firma del médico**

**Firma del paciente**

**o**

**Firma del representante legal,  
familiar o allegado (\*)**

Nº colegiado \_\_\_\_\_

**DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Después de haber sido informado de la naturaleza y los riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

**Firma del médico**

**Firma del paciente**

**o**

**Firma del representante legal,  
Familiar, allegado o Testigo (\*)**

Nº colegiado \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN**

D./Dña. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, y D.N.I. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente, representante legal, familiar o allegado)  
en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_, y no deseo proseguir el citado procedimiento que doy con esta fecha por finalizado.

En Santa Cruz de Tenerife, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_.

**Firma del paciente**

**Firma del representante legal,  
familiar o allegado (\*)**

\* Representante legal en los casos contemplados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.