

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 un tipo de tratamiento aplicable a pacientes que tienen lesiones obstructivas de las arterias que riegan el corazón (coronarias), y que previamente han sido diagnosticadas mediante cateterismo cardíaco.

2. ¿Para qué sirve?

Permite reducir o suprimir las estrecheces existentes en las arterias coronarias, dilatándolas desde su interior mediante diversos procedimientos.

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. Se sonda la arteria lesionada llegando donde está la obstrucción con un alambre que sirve de guía. Allí se coloca un catéter muy fino provisto de un globo en la punta; al inflar éste a presión se dilata la zona estrecha para mejorar el paso de la sangre a ese nivel (angioplastia coronaria "con balón"). Esta maniobra puede repetirse. A veces es necesario utilizar otros catéteres diferentes que lleven en su extremo un mecanismo que corta y pule la placa dura que obstruye la arteria (aterectomía). En ocasiones es preciso colocar dentro de la luz arterial un tubo o una malla metálica expandible (prótesis intravascular o *stent*) que soporte las paredes del vaso y mantenga abierta la arteria. La elección de cada técnica dependerá del tipo de lesión coronaria existente. Las inyecciones de contraste después de los procedimientos permitirán comprobar sus resultados. Después de registrar todos los datos necesarios se retiran los catéteres utilizados. Se deja un pequeño introductor durante varias horas por seguridad; pasado ese tiempo sin complicaciones se retirará también. Mientras transcurre la exploración se controla permanentemente el electrocardiograma. La duración del procedimiento es variable, y una vez finalizado deberá permanecer el paciente en la cama varias horas. El éxito inicial se produce en más del 90 por 100 de los casos.

### 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. Asimismo, puede notar dolor en el pecho (angina) en el momento de la dilatación. Otras complicaciones pudieran llegar a ser graves (hemorragia que necesite transfusión, arritmias severas), e incluso algunas requerir actuación urgente (infarto agudo de miocardio, 3-5 por 100; disección coronaria que precisa cirugía inmediata, 2 por 100); el riesgo de muerte está en torno al 1 por 100.

### ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

5. ¿Hay otras alternativas?

Este tratamiento está indicado preferentemente en su caso, como alternativa a la cirugía de derivación coronaria o al empleo exclusivo de fármacos. 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.