

Consentimiento Informado

Coronariografía

Fecha: _____

Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: _____ Edad: _____

Nombre y apellidos representante legal: _____

Objetivo:

- La enfermedad coronaria puede ser la responsable de una angina de pecho (dolor en el pecho), de un infarto agudo al miocardio, de una insuficiencia cardíaca (que se traduce generalmente por falta de aire) y puede evolucionar eventualmente hacia la muerte.
- La evolución puede ser en gran parte detenida por un tratamiento adecuado y por lo tanto es muy importante hacer un diagnóstico preciso.
- La coronariografía permite hacer una evolución precisa del daño (estrechez u oclusiones) de sus arterias coronarias.
- En función de las lesiones coronarias observadas, es posible programar un gesto de Revascularización; ya sea un puente coronario con vena safena o una Angioplastia coronaria. La coronariografía contribuirá a determinar el gesto mas apropiado a su estado, a fin de disminuir el riesgo de complicaciones posteriores y mejorar su calidad de vida.
- La decisión terapéutica será naturalmente tomada en acuerdo con usted y su cardiólogo.

Características:

- La coronariografía consiste en la introducción de catéteres a través de una de las arterias femorales (en la ingle) o humerales (en el pliegue del codo) previa anestesia local.
- Para llegar a ellos al ventrículo izquierdo para practicar una ventriculografía o a la raíz de la aorta, donde nacen las arterias coronarias.
- Una vez allí se cateteriza el origen de las coronarias y se inyecta medio de contraste al interior de ellas para poder filmarlas y fotografiarlas.

Riesgos Generales y Específicos del Procedimiento:

- Pese al desarrollo de la tecnología y la experiencia de los médicos, el cateterismo cardíaco y la arteriografía coronaria implican, como todo gesto invasivo o quirúrgico, un riesgo de accidentes o incidentes.
- Complicaciones alérgicas lo mas frecuentemente ligadas a la utilización de medios de contraste iodados o de anestésicos locales. Si usted ya ha presentado manifestaciones alérgicas, es imperioso que informe a su médico.

- Complicaciones a nivel del sitio de punción de la arteria femoral o humeral. La complicación mas frecuente es la formación de una equimosis (moretón) o de un hematoma a nivel del sitio de punción, pueden persistir varios días, pero en general no tienen ninguna trascendencia. Pese a esto el aumento de volumen en los días que siguen deben llevarlo a consultar lo antes posible. Mas inhabitual aún, el manejo de catéteres puede ocasionar daño vascular y necesitar una reparación quirúrgica y/o una transfusión de sangre, o desprender un fragmento de ateroma de la aorta causando una embolia arterial (periférica o cerebral).
- Complicaciones cardiacas y vasculares. Durante el examen, puede presentar sensación de desmayo, dolores al pecho y palpitaciones ligadas a trastornos del ritmo cardiaco. Las complicaciones graves son en cuanto a ellas muy raras. El riesgo de muerte publicado en la literatura internacional llega a 0.8-1/1000, los accidentes neurológicos (parálisis especialmente) pueden ser de 0.6/1000 y los infartos al miocardio de 0.3/1000. Otras complicaciones mucho menos severas se han reportado en frecuencia inferior a 1%.
- En caso de complicaciones o de situaciones imprevistas, una Angioplastia coronaria (dilatación de la o las estenosis coronarias con balón) o una cirugía de Revascularización miocárdica (by pass coronario) o toda otra acción que pueda ser necesaria de urgencia, en función de la situación clínica del paciente.

Declaración y Firmas:

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO / PROFESIONAL

Dr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

NEGACIÓN (RECHAZO):

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, NO LO ACEPTO, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión. al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____

REVOCACIÓN:

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco/que padece el paciente.

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____