



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO **CENTELLOGRAMA de PERFUSIÓN MIOCÁRDICA**

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante este estudio se determina el estado de la circulación coronaria (encargada de aportar sangre al músculo del corazón). Es un procedimiento no invasivo, de alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico y pronóstico de enfermedad de las arterias coronarias y el estado funcional general del corazón. Consiste en la inyección intravenosa de una pequeña cantidad de material radioactivo (radiofármaco) que será captada por el miocardio (músculo cardíaco) y detectada por un equipo llamado gammacámara, generando imágenes que se analizarán en una computadora.

El objetivo del estudio es la evaluación de enfermedad coronaria ya conocida o sospechada.

EN QUÉ CONSISTE EL CENTELLOGRAMA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA

El estudio consta de 2 partes, que pueden ser realizadas en días separados o en un solo día; una de ellas en condiciones de estrés (esfuerzo ergométrico o estímulo farmacológico) y otra en condiciones de reposo. Para el estudio en reposo, le será administrada una inyección intravenosa y el estudio será adquirido un tiempo más tarde, habitualmente entre una y dos horas. Para el estudio de estrés, el material radiactivo se inyectará durante la prueba (ergometría o farmacológica) y las imágenes se adquirirán algo más tarde.

El beneficio del estudio consiste en que el médico cardiólogo contará con información sobre el estado de la circulación coronaria y del funcionamiento cardíaco, permitiendo así tomar decisiones respecto a un tratamiento adecuado, o a la realización de estudios complementarios que estime necesarios.

CONSECUENCIAS PROBABLES DE LA NO REALIZACIÓN DEL CENTELLOGRAMA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA

La no realización del estudio podría retrasar la instalación precoz y adecuada del tratamiento correspondiente.

RIESGOS DEL CENTELLOGRAMA DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA:

El procedimiento es muy seguro para el paciente. La elección del esfuerzo ergométrico o estímulo farmacológico será determinada por el médico tratante, aunque puede ser modificada por el cardiólogo del servicio de medicina nuclear según su criterio o necesidad.

La dosis de radioactividad que recibe el paciente es similar a la que se expondría por un estudio radiológico convencional y menor a la de un cateterismo cardíaco (coronariografía). Sin embargo, el estudio no debería realizarse a mujeres embarazadas salvo justificación especial.

Eventos leves, frecuentes: Las reacciones adversas al dipiridamol suelen ser pasajeras y bien toleradas por el paciente; pueden incluir dolor de cabeza o nuca, sensación de calor, pesadez de brazos y piernas, náuseas y mareos. Algunas veces, el ejercicio físico puede desencadenar hipotensión arterial refleja, con sensación de mareo o inestabilidad.

Eventos leves, poco frecuentes: Las reacciones alérgicas al radiofármaco son muy raras y en general de grado leve.

Eventos graves, poco frecuentes: Muy raramente, tanto el esfuerzo físico como el estrés farmacológico puede provocar eventos como paro cardiorrespiratorio o infarto de miocardio; se ha reportado una frecuencia de 1 caso grave cada 10.000 estudios y su ocurrencia está vinculada a la presencia de enfermedad coronaria severa, que en algunos casos puede cursar en forma asintomática o con síntomas mínimos. Es poco frecuente que los pacientes requieran hospitalización luego del estudio; cuando ello ocurre es por inestabilidad del cuadro clínico o porque la alteración encontrada en el estudio indica alto riesgo de complicaciones cardíacas o requiera atención cardiológica inmediata.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

INTERACCIONES CON OTROS PROCEDIMIENTOS:

El mismo día del estudio, el paciente no debe ser sometido a otro procedimiento diagnóstico que implique esfuerzos físicos.

CONTRAINDICACIONES:

El embarazo es contraindicación formal para cualquier estudio con radiaciones, salvo que el beneficio exceda el riesgo potencial. El estudio de estrés está contraindicado en presencia de: dolor torácico actual o reciente (angor inestable), accidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo de miocardio (IAM) reciente, estenosis aórtica severa, arritmias severas.

RESTRICCIONES:

Para el estudio con esfuerzo ergométrico, suele ser necesario suspender los betabloqueantes, calcio antagonistas y a veces otros medicamentos, en acuerdo con el médico tratante.

Además, deberá suspender 48 horas antes la ingesta de café, té, mate, bebidas cola, chocolate y productos conteniendo cafeína o derivados, ya que estos pueden interferir con la eficacia de la prueba.

En general, no suele existir interferencia con otros medicamentos o procedimientos terapéuticos pero es conveniente que comunique a la enfermera, médico o técnico si está recibiendo algún tratamiento especial o si tiene otra patología relevante (por ej: asma, diabetes, alergias, neoplasias, etc).

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:

Para obtener información de similares características, los procedimientos alternativos incluyen ergometría, ecocardiograma de estrés (físico o farmacológico), angiotomografía (angioCT) de las arterias coronarias y cateterismo cardíaco. El cardiólogo tratante cuenta con los elementos para decidir el procedimiento más apropiado.

SI DESPUÉS DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.

CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicada un centellograma de perfusión miocárdica, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

- 1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.
- 2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;
- 3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;
- 4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los _____ días del mes de _____ de 201__.

MÉDICO TRATANTE.

NOMBRE _____

El firmante deja constancia: que el paciente si/no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA _____

SOCIO

NOMBRE _____ C.I. _____ Domicilio _____

FIRMA _____

Teléfonos _____

NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO.-

Niños: El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento

Imposibilitados: El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____ Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACIÓN CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____

DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO / REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En este acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento _____ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar este consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de - _____, no consiento su realización.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____ Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACIÓN CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____

REVOCACIÓN DEL COSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha ___/___/___, para realizar el procedimiento de _____.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____ Domicilio _____

Teléfonos _____

RELACIÓN CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubino, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce -de modo legítimo y a estos efectos- la representación del socio identificado en este instrumento.

FIRMA _____