



## **INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA:**

#### **1. Identificación y descripción del procedimiento:**

La ventriculografía es un método diagnóstico de imagen que permite estudiar el funcionamiento del corazón, es decir su capacidad para contraerse y expulsar la sangre que contiene al resto del organismo.

Consiste en la administración por vía intravenosa de un trazador radiactivo (Tecnecio-99m), que permite obtener imágenes del contenido de las cavidades cardíacas (aurículas y ventrículos).

Estas imágenes pueden obtenerse registrando el primer paso del trazador a través de las cavidades cardíacas en unos pocos latidos ( ventriculografía de primer paso), pero la técnica más habitual es la ventriculografía de equilibrio, que consiste en acumular información de muchos latidos cardíacos, durante unos 6-10 minutos, mediante sincronización de las imágenes con el electrocardiograma, lo que permite identificar cuando empieza cada latido. Pueden obtenerse varias imágenes en distintas proyecciones , así como un estudio tomográfico (SPECT), es decir múltiples imágenes

realizadas alrededor del corazón. A partir de estas imágenes, mediante procesado informático, se calculan la función ventricular global del ventrículo izquierdo y derecho, tamaño o volumen de los ventrículos así como la capacidad de contracción regional, en decir de cada parte de los ventrículos.

#### **2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar:**

El objetivo es el diagnóstico de las alteraciones de la función ventricular en todo tipo de enfermedades cardíacas: patología coronaria, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca durante el tratamiento con quimioterapia, etc.

La ventriculografía isotópica de equilibrio es la técnica más reproducible para el estudio de la función ventricular, estando especialmente indicada cuando se necesita el seguimiento de pacientes durante el tratamiento. Se trata de una exploración sencilla, rápida, fácil de realizar, sin molestias para el paciente, que supone una baja dosis de radiación para el paciente, muy inferior a otras técnicas radiológicas.

#### **3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:**

Existen otras exploraciones para estudiar la función ventricular, como la ecocardiografía y la resonancia magnética, que presentan menor reproducibilidad, y la ventriculografía de contraste, que se obtiene mediante cateterismo cardíaco, requiere hospitalización y la administración de contraste radiológico, que puede representar un riesgo grave en determinados pacientes.

#### **4. Consecuencias previsibles de su realización:**

Contribuir al diagnóstico y tratamiento adecuado del paciente.

Contribuir a la valoración pronóstica del paciente cardíaco, en la que el estado del función ventricular es fundamental.

#### **5. Consecuencias previsibles de su no realización:**

Retraso en el diagnóstico u obtención de un diagnóstico y pronóstico incompletos o incorrectos.

Retraso en la toma de decisiones terapéuticas.

#### **6. Riesgos frecuentes:**

No descritos.

#### **7. Riesgos poco frecuentes:**

Los escasos riesgos que puede conllevar una prueba de esfuerzo física o farmacológica bajo control médico, cuando sea necesario realizarla en esta exploración.

#### **8. Riesgos en función de la situación clínica del paciente:**

La exploración está contraindicada en mujeres embarazadas, si bien en situaciones excepcionales se valorará el riesgo / beneficio.

En caso de realizar la exploración a una mujer en período de lactancia, debe interrumpirla durante un corto espacio de tiempo. Durante el día de la exploración debe evitarse el contacto estrecho con niños pequeños y mujeres embarazadas.

# CENTRO DE DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

## SERVICIO DE MEDICINA NU- CLEAR

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA

Nº Historia: \_\_\_\_\_

#### 1. Declaración de consentimiento PACIENTE ( O REPRESENTANTE LEGAL)

D./Dña. \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

MANIFIESTO QUE:

El Dr./a \_\_\_\_\_ que me ha mandado esta prueba me ha explicado que es conveniente /necesario, en mi situación la realización de una VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA y he comprendido adecuadamente la información de los procedimientos, beneficios y riesgos asociados a esta prueba.

El titular autoriza a que sus datos de salud sean tratados en nuestra base de datos con el fin de poder realizar la prueba de medicina nuclear.

Las respuestas a las preguntas planteadas tienen carácter obligatorio, en caso de no suministrar los datos anteriores, no podremos atender la realización de la prueba.

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito a la compañía cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

He leído la hoja informativa de la prueba que me han entregado aquí, he comprendido todo cuanto antecede, consultando mis dudas al personal facultativo o técnico del Centro y acepto voluntariamente la realización de la prueba.

En Madrid, a ..... de ..... del 20...

Firma del paciente(o representante legal)

Firma del médico responsable de la prueba  
Nº Colegiado

#### 2. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado con fecha ..... de ..... de 20... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En Madrid, a ..... de ..... del 20...

Firma del paciente(o representante legal)

Firma del médico responsable de la prueba  
Nº Colegiado

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, CENTRO DE RESONANCIA MAGNÉTICA le informa que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en ficheros registrados en la Agencia Española de Protección de Datos, cuyos responsables son las diferentes entidades sanitarias que desarrollan su actividad asistencial de diagnóstico por la imagen en el centro (PROMOCIONES TÉCNICAS MÉDICAS, S.A. TECNOLOGÍAS DE LA IMAGEN MADRILEÑAS, S.A. y JOSÉ ORTIZ BERROCAL), únicamente en aquellos supuestos en que sea necesario que las mismas accedan y traten dicha información para facilitarle asistencia médica -, con la finalidad de gestionar la prestación del servicio médico requerido y cumplir con las obligaciones legales derivadas de la actividad del Centro.

Si la asistencia sanitaria se realizara en base a conciertos con entidades aseguradoras y hospitales públicos o al amparo de pólizas o coberturas de las que Ud., como paciente, sea beneficiario, el Centro podrá facilitar la información de los servicios prestados a las mismas, pues resultan imprescindibles para tal cobertura y su facturación. También podrán cederse sus datos al Servicio Madrileño de Salud en los casos previstos legalmente.

En todo caso, usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a una o varias de las entidades descritas en el presente aviso legal, a la siguiente dirección: C/ General Arrando 30, Madrid; C.P. 28010