

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una prueba de diagnóstico por la imagen que pretende evaluar si existen obstrucciones o estrechamientos a nivel de las arterias que llevan la sangre al corazón (arterias coronarias). La prueba consiste en simular que el corazón está haciendo ejercicio mediante la administración de un fármaco (dobutamina, adenosina, regadenosón o dipiridamol) que tiene un efecto transitorio (aproximadamente 5 minutos) y ver a qué zonas del corazón no llega correctamente la sangre. Para mejorar la visualización de dichas zonas se emplea un medio de contraste (gadolinio).

En esta prueba no se visualizan directamente las arterias coronarias. La resonancia magnética obtiene las imágenes a través de un potente campo magnético y ondas de radiofrecuencia, sin emplear rayos X o radiaciones ionizantes.

La finalidad de la prueba es la valoración de las estructuras y funcionamiento del corazón y el diagnóstico de enfermedad isquemia coronaria y el grado de severidad de forma segura y efectiva para el paciente.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Asociados al uso de fármacos que simulan el ejercicio en el corazón

Riesgos frecuentes:

- Dolor de cabeza, náuseas, vómitos, temblor, hormigueo, enrojecimiento facial.
- Sangrado a nivel de la vía venosa.
- Dolor u opresión en el pecho.
- Alteraciones de la tensión arterial.
- Dificultad para respirar.
- Palpitaciones o arritmias leves.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Arritmias graves.
- Broncoespasmo.
- Infarto agudo de miocardio (excepcional)

Asociados al uso de contraste (gadolinio)

Riesgos frecuentes:

- Reacciones alérgicas leves (malestar general, dolor de cabeza, urticaria, náuseas, vómitos,...).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Reacción alérgicas graves (shock anafiláctico).
- Fibrosis nefrogénica sistémica (complicación muy infrecuente en personas con insuficiencia renal avanzada o diálisis).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
 Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia a los fármacos utilizados o medio de contraste (gadolinio).
- Existencia de cualquier elemento metálico en su cuerpo que no sea extraíble y que sometido al campo magnético de la resonancia pueda moverse, calentarse excesivamente o dejar de hacer su función correctamente.
- Insuficiencia renal avanzada o diálisis.
- Primer trimestre de embarazo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Prueba de esfuerzo.
- Ecocardiografía de estrés.
- Tomografía por emisión de fotón cardíaca.
- Tomografía computarizada de las arterias coronarias.
- Coronariografía.

AUTORIZACIÓN PARA “RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal:

HOJA INFORMATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA CON ESTRÉS FARMACOLÓGICO

Durante la prueba, estará acostado en una cama especial y se le introducirá en el túnel de la máquina de resonancia donde se genera el campo magnético. Se le darán unos tapones para los oídos para reducir las molestias del ruido que produce la máquina de resonancia. Para la administración de fármacos y el contraste, se le realizará una punción en una vena de cada brazo y se canalizará un pequeña vía de plástico flexible.

Se monitorizará la actividad de su corazón mediante un electrocardiograma y la tensión arterial mediante un manguito de presión. Es estudio tiene una duración aproximada de 45-60 minutos. Durante dicho tiempo deberá permanecer lo más quieto posible y atender a las indicaciones que le de el personal que realiza la prueba, con el que estará comunicado mediante un micrófono y una pantalla.

Según el protocolo de cada centro, se le indicarán las horas necesarias de ayuno. No debe tomar alimentos o bebidas con sustancias estimulantes (café, té, mate, bebidas con cafeína, chocolate, ...) durante las 24 horas previas al estudio.

El campo magnético necesario para el estudio se genera con un potente imán. Por ello, es importante cumplir una serie de medidas para no poner en peligro la seguridad de las personas o interferir en la calidad de la imagen. Entre estas medidas se incluye:

- Cualquier objeto con componentes metálicos debe ser depositado en la antesala (reloj, joyas, piercing, gafas, móvil, audífonos, mechero, horquillas, monedas, puentes dentales libres, tarjetas de crédito, ...).
- Evite llevar maquillaje o productos cosméticos que pueden interferir en la calidad de la imagen al contener partículas metálicas.
- Informe al personal si tiene algún tatuaje. Posiblemente pueda realizarse la prueba, pero habrá que vigilar la temperatura local.
- Informe si sufre claustrofobia (temor a espacios cerrados).
- Informe si le han operado recientemente por la posible existencia de grapas o suturas metálicas.
- Informe si en su cuerpo existe cualquier elemento no extraíble que pueda contener componentes metálicos (metralla, perdigones, virutas metálicas, marcapasos, prótesis, neuroestimulador, clips vasculares, ...). La mayoría de dispositivos médicos recientes están hechos con metales no ferromagnéticos que son compatibles con la realización de una resonancia.

Después del procedimiento, siga las instrucciones de su médico y del personal de enfermería y **acuda de inmediato a urgencias si presenta:** Dificultad respiratoria, dolor torácico o sospecha de reacción alérgica.