



Consentimiento Informado  
Cintigrama Miocárdico con  
Dipiridamol y Control  
Electrocardiográfico

## **Consentimiento Informado Cintigrama Miocárdico con Dipiridamol y Control Electrocardiográfico**

## Consentimiento Informado Cintigrama Miocárdico con Dipiridamol y Control Electrocardiográfico

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación y en tales condiciones. a la **REALIZACIÓN DE UN CINTIGRAMA MIOCÁRDICO CON DIPIRIDAMOL Y CONTROL ELECTROCARDIOGRÁFICO**

### **Información general**

El electrocardiograma de Estrés con Dipyridamol es un examen diagnóstico cardiológico, que se utiliza en la pesquisa de Isquemia Miocárdica (reducción del flujo sanguíneo al músculo del corazón), producida por la obstrucción de las arterias coronarias, la que puede llevar a producir un Infarto Cardíaco. Esta es una enfermedad grave, que tiene una mortalidad cercana al 20% en los pacientes que la presentan por primera vez, con complicaciones posteriores como preinfarto, insuficiencia cardíaca.

Otros pacientes presentan angina típica, o bien dolores torácicos sospechosos, pero no seguros de enfermedad coronaria, en los que mediante este examen podemos visualizar alteraciones en la circulación coronaria (perfusión) en los diversos territorios del corazón y así poder comparar las áreas de buena circulación con aquellas de mala circulación, información que nos indicara en forma indirecta que la arteria que irriga esas zonas tiene obstrucciones mayores de 75%.

### **Descripción del Procedimiento**

Permanecerá acostado durante el procedimiento, se le instalarán sobre la superficie del tórax varios electrodos que se conectarán al electrocardiógrafo, se instalará un “manguito” de presión arterial en el brazo para mantener un control seriado de la actividad del corazón y la presión arterial. Se da comienzo al examen administrando por vía intravenosa Dipyridamol (medicamento vasodilatador) en dosis calculadas según el peso de cada paciente, que produce en el corazón dilatación de las arterias sanas, sin cambios en las que tienen obstrucciones, se inyecta luego el radio fármaco (tecnecio), el que será captado por las arterias dilatadas (sanas) y no por las enfermas que tomarán un color distinto permitiendo así identificar las zonas enfermas, luego se administra Aminofilina, medicamento que contrarresta los efectos del Dipyridamol.

Una vez finalizada esta etapa, volverá al servicio de medicina nuclear en donde se registrarán las imágenes de la captación del radio fármaco.

### **Ventajas del Procedimiento**

1. Nos permite diagnosticar la isquemia miocárdica (reducción del flujo sanguíneo al músculo del corazón), cuando aparecen alteraciones en la circulación (perfusión) de las paredes cardíacas. Si el examen es negativo, la posibilidad que existan obstrucciones coronarias es baja.
2. Podemos estudiar pacientes que presentan dolor torácico, con colesterol alto u otros factores de riesgo, sin alteraciones electrocardiográficas. Si el examen es negativo, la posibilidad de obstrucción coronaria es menos del 5%.

### **Exámen alternativo**

Para la evaluación de las enfermedades descritas existe otra técnica no invasiva Ecocardiografía Estrés Dobutamina: es un examen que estimula farmacológicamente el corazón y se analiza su contracción por ultrasonido.

Sus resultados y conclusiones son en general comparables a la ecografía de estrés Dobutamina.

## Complicaciones

Este examen que se realiza muy frecuentemente en todo el mundo, y cuya utilidad se ha documentado en múltiples publicaciones, tiene muy pocas complicaciones. Puede aparecer dolor torácico, cefalea, mareos, náuseas, rubor facial, hipotensión, sensación de cansancio, los que desaparecen tras uso de Aminofilina. En forma muy escasa 1-2 por 10.000 exámenes, puede producirse paro cardíaco con riesgo de muerte. Estas complicaciones que son muy raras y tratables, es necesario colocarlas en comparación con las ventajas de la información que puede obtenerse de este examen que si es positivo nos permitirá realizar un estudio más completo de las coronarias (Coronariografías) o dar de alta otros pacientes con dolores torácicos sospechosos, sin otros estudios costosos cuando el examen es negativo.

**Durante todo el procedimiento el paciente estará bajo control cardiológico.**

**Riesgos personalizados:.....**

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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

## CONSENTIMIENTO

**CONSIENTO que se me realice el procedimiento DE UN CINTIGRAMA MIOCÁRDICO CON  
DIPIRIDAMOL Y CONTROL ELECTROCARDIOGRÁFICO**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).