

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOCARDIOGRAMA CON CONTRASTE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El ecocardiograma con contraste es una prueba diagnóstica que sirve para visualizar mejor el corazón cuando la imagen obtenida en un ecocardiograma normal es deficiente. Esta prueba no utiliza radiaciones ionizantes ya que se realiza mediante ultrasonidos.

La prueba consiste en realizar una ecocardiografía al mismo tiempo que se administra un contraste ecográfico por una vena del brazo a través de una vía periférica. El contraste utilizado (microburbujas de hexafluoruro de azufre) tiene pocos efectos secundarios descritos y puede ser utilizado en pacientes con problemas de riñón o alergia a contrastes yodados.

Tras la prueba podrá realizar su vida habitual con normalidad sin necesidad de tomar precauciones especiales.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

Riesgos leves:

- Dolor en zona de inyección.
- Alteraciones gustativas u olfativas.
- Alteraciones del pulso o la tensión arterial.
- Dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómitos, dolor abdominal, sensación de calor, picores, enrojecimiento de la piel.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Caída importante de la tensión arterial.
- Dificultad de respirar por estrechamiento de los bronquios.
- Shock anafiláctico (reacción alérgica grave).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a otro tipo de tratamientos para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> 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 o si es alérgico al contraste. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Alergia al contraste empleado en la prueba o a sus excipientes.
- Existencia de determinadas enfermedades cardíacas poco frecuentes (cortocircuitos derecha-izquierda).
- Hipertensión pulmonar grave.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Síndrome de distrés respiratorio del adulto.
- Embarazo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Tomografía computarizada (TC) cardíaca. Precisa contraste yodado y utiliza radiaciones ionizantes.
- Resonancia magnética (RM) cardíaca. Precisa contraste no yodado (gadolinio).

AUTORIZACIÓN PARA "ECOCARDIOGRAMA CON CONTRASTE"

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.

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: Servicio de



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Cardiología

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: