

## Consentimiento informado para Ecocardiograma con Burbujas



### 1. ¿Qué es?

Es una prueba diagnóstica para pacientes con enfermedades del corazón o con sospecha de ellas.

### 2. ¿Para qué sirve?

Es un estudio semi-invasivo en el que se realizarán imágenes del corazón y se inyectará solución salina agitada por una vía periférica para constatar si pasan microburbujas a cavidades izquierdas.

La ecocardiografía con suero agitado se utiliza de manera complementaria a la ecocardiografía transtorácica. Se mezcla solución fisiológica con un poco de aire para conseguir la formación de microburbujas que se administran por vía venosa. En condiciones normales las microburbujas administradas se quedan en la parte derecha del corazón. Esta prueba tan solo se realiza para estudiar enfermedades concretas como las comunicaciones dentro del corazón (detección de foramen oval permeable) o cuando se sospecha de comunicaciones entre venas y arterias fuera del corazón que se pueden dar en algunas enfermedades digestivas o neurológicas.

### 3. ¿Cómo se realiza?

El estudio será realizado por un cardiólogo especializado en imágenes cardiovasculares y un técnico en prácticas cardiológicas. Ud. Estará acostado y se le colocará una vía venosa periférica a través de una punción venosa para administrar la solución salina agitada.

A continuación se realizarán imágenes con el transductor de ecocardiografía sobre el tórax y epigastrio para visualizar el corazón.

Luego se inyectará solución fisiológica por la vía periférica para evaluar si hay pasaje de microburbujas de las cavidades derechas a la parte izquierda del corazón.

Finalizado el estudio se retirará la vía periférica y constataremos que se encuentra adecuadamente.

El día del estudio NO debe realizar fuerza con el brazo donde se colocó la vía.

### 4. ¿Qué riesgos tiene?

Pueden existir síntomas menores algo molestos en el sitio donde se realizó la punción y se colocó la vía periférica (irritación local, hematoma), pero de escasa importancia, que pueden persistir algunas horas luego del estudio.

La complicación más frecuente es el pequeño hematoma luego de la colocación del catéter en la vena.



Las complicaciones graves son muy infrecuentes: menos del 0.5% de los estudios. La mortalidad estimada de la prueba es muy baja: < 0.0001%. Las complicaciones más graves son el sangrado masivo por la vía periférica, accidente cerebrovascular , el sangrado o la intubación traqueal, aunque son muy poco frecuentes. Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

.....

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicada. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atiende está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

### 5. ¿Hay otras alternativas?

Este estudio proporciona datos muy útiles cuando el ecocardiograma-Doppler transtorácico no los aporta suficientemente. En cuanto a otras alternativas diagnósticas, como la tomografía cardiaca o la resonancia magnética cardiaca, consulte al médico que le indicó el estudio quien le orientará en su caso concreto. Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

### CONSENTIMIENTO

Yo, .....doy mi consentimiento para someterme a un ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, he comprendido en qué consiste el procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. Además declaro estar debidamente informado/a, según disponen los artículos 5, 6, 7, 9 y 10 de la Ley 26529/2009 reguladora de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en una entrevista personal con el/la Dr/a. .... Asimismo, he recibido respuesta todas mis preguntas y he tomado esta decisión de manera libre y voluntaria.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION MEDICO



## **DENEGACIÓN O REVOCACIÓN**

Yo, .....

Después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese la que no proceda) para su realización y me hago responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

FIRMA Y ACLARACION PACIENTE

FIRMA Y ACLARACION MEDICO