

CENTRO SANITARIO: CEDICAR S.C.



## 1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ECOCARDIOGRAFÍA DE STRESS CON DOBUTAMINA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

(\*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

### 1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

#### EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

Es una prueba para visualizar el corazón con ultrasonidos, mientras se administra una medicación que hace que el corazón trabaje con más rapidez e intensidad. Sirve para valorar cómo se contrae el corazón tras la administración de un fármaco. Y el aumento del trabajo en su corazón permitirá desenmascarar déficit en el riego del mismo o un mayor grado de lesión valvular que en condiciones normales no se aprecian.

#### CÓMO SE REALIZA:

En primer lugar, debe estar usted en ayunas. Una vez tumbado se le coloca un suero (gotero) en el brazo con una sustancia que poco a poco provoca que el corazón trabaje con más rapidez e intensidad, como si se le sometiera a un ejercicio físico. En la zona del pecho se le colocarán unas pegatinas con cables (electrodos), para visualizar la actividad del corazón durante la realización de la prueba, y en el brazo un manguito para la toma de presión arterial. La prueba está en todo momento controlada al medir la presión arterial y con el electrocardiograma.

#### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Habitualmente esta exploración no produce efectos negativos. Permite ver mejor la respuesta de su corazón al funcionar de forma más rápida e intensa y así detectar si hay una enfermedad cardíaca.

También puede tener oscilaciones en la tensión arterial, alteraciones en el ritmo cardíaco, que se alivian o desaparecen al concluir la prueba.

#### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Esta técnica aporta datos muy útiles cuando otra exploración más tradicional no es suficiente, por lo que contribuye a un buen diagnóstico y tratamiento de su enfermedad si se detectara.

#### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Esta exploración está indicada preferentemente en su caso. En algunos casos se pueden utilizar otras técnicas como la Medicina Nuclear con estrés farmacológico o la prueba de esfuerzo, pero todas tienen los mismos riesgos e incomodidades y pueden ser menos fiables para establecer el diagnóstico

#### En su caso: QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

- En general, son problemas leves como: Dolor de cabeza. Sensación de "hormigueo". Temblor. Náuseas. Palpitaciones. Dolor en el pecho.

- **LOS MÁS GRAVES:** En general, son problemas poco frecuentes como: Alteraciones graves del ritmo cardíaco. Desvanecimientos, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca. De forma muy excepcional hay riesgo de muerte. **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

#### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

No se recomienda en pacientes con síndrome coronario no estabilizado, insuficiencia cardíaca descompensada, arritmias complejas, bloqueo AV de alto grado, hipertensión severa o hipotensión y en pacientes con deficiente ventana ultrasónica. Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

#### OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente. - También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

# CENTRO SANITARIO: CEDICAR S.C.

## 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión.

Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

### 2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE:

DNI / NIE:

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL:

DNI / NIE :

### 2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE:

Fecha:

Firma:

### 2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña

, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI  NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI  NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En Sevilla a        de        de

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.: