



## ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIOS DE ECOGRAFÍA CON  
ECOPOTENCIADOR.

### INFORMACIÓN GENERAL

Los ecopotenciadores son un medicamento que se inyectan en la sangre y que permiten, mediante la ecografía, estudiar lesiones en diferentes vísceras. El ecopotenciador que se le va a inyectar (Sonovue®) está compuesto por hexafluoruro de azufre. Se trata de una molécula segura, con pocos efectos secundarios descritos.

En su caso, se le ha solicitado la prueba para valorar \_\_\_\_\_

### CÓMO SE REALIZA LA PRUEBA

Después de hacer una ecografía abdominal normal, se le canalizará una vía y se le inyectará el contraste (5 ml) y suero. La ecografía se continúa mientras se inyecta el contraste, de forma que se pueda estudiar el hígado o riñones y valorar si existen lesiones y cómo se comportan éstas.

La exploración dura unos 15 - 20 minutos. Una vez finalizada, se le pedirá que espere unos 20 o 30 minutos más fuera del servicio.

### RIESGOS DE LA PRUEBA

La ecografía es una prueba inocua. Los ecopotenciadores son unos medicamentos muy seguros, pero se han descrito algunos casos de reacciones de tipo alérgico. Se estima que estas reacciones aparecen una vez cada 10.000 casos. Estas reacciones suelen manifestarse por una disminución de la presión arterial y otra clínica asociada, que varía de uno a otro caso (disnea, opresión torácica, picores, eritema...). En casos extremos se han descrito reacciones cardíacas (angina e infarto).

El ecopotenciador (Sonovue®) no se elimina por el riñón, por lo que se puede administrar aunque tenga insuficiencia renal. Es una molécula que no contiene yodo, por lo que se puede usar en pacientes con alergia a los contrastes yodados.

No está claro cómo identificar qué pacientes pueden presentar alergia.

En cualquier caso, en el área de radiodiagnóstico existen sistemas de monitorización y tratamiento por si, a pesar de su baja frecuencia, se diera una reacción alérgica.

### QUÉ ALTERNATIVAS EXISTEN

En el estudio de las lesiones hepáticas o renales se pueden realizar pruebas de TC o RM. En ambos casos también se tienen que usar contrastes, con sus riesgos (similares o mayores a los que presenta el ecopotenciador). En su caso, si se ha solicitado un estudio con ecopotenciador,



es porque complementa a otros estudios o porque se considera que puede ser más útil que las otras técnicas.

## POR FAVOR, RESPONDA A ESTE CUESTIONARIO

- ¿Tiene más de 18 años? Sí \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Tiene alguna de estas patologías?
  - Cardiopatía con derivación derecha a izquierda: Sí \_\_\_ No \_\_\_
  - Hipertensión pulmonar grave: Sí \_\_\_ No \_\_\_
  - Hipertensión arterial no controlada: Sí \_\_\_ No \_\_\_
  - Síndrome de dificultad respiratoria no controlada: Sí \_\_\_ No \_\_\_
  - Síndrome coronario agudo, infarto de miocardio o angina reciente (últimos 7 días) Sí \_\_\_ No \_\_\_
- ¿Está embarazada o cree que puede estarlo? Sí \_\_\_ No \_\_\_

## Declaraciones y firmas:

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI....., he sido informado suficientemente del  
procedimiento que se me va a realizar, explicandome sus riesgos y complicaciones. Por  
ello doy mi consentimiento ( SI\_\_\_;NO\_\_\_)para que se me realice dicha intervencion.Mi  
aceptacion es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI..... y en calidad de ..... he sido  
informado suficientemente del procedimiento que se le va a realizar. Por ello doy expresamente  
mi consentimiento.(SI\_\_\_,NO\_\_\_)

Firma del tutor o familiar:

Fecha:...../...../.....



Dr.D/D<sup>a</sup>.....he informado al paciente y al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicandole los riesgos y las complicaciones posibles.

Firma del medico responsable:

Fecha:...../...../.....

**Revocacion del consentimiento:**

D/D<sup>a</sup>.....,  
con DNI..... revoco el consentimiento prestado en  
fecha..... y no deseo proseguir el procedimiento, que doy en esta fecha por  
finalizado

Firma del paciente:

Fecha:...../...../.....

D/D<sup>a</sup>....., con  
DNI.....y en calidad de ....., revoco  
el consentimiento  
prestado en fecha..... y no deseo proseguir el procedimiento, que  
doy en esta fecha por finalizado

Firma del familiar o tutor:

Fecha...../...../.....



Agencia Sanitaria Costa del Sol  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

Dr.D/D<sup>a</sup>..... he recibido la revocacion  
del consentimiento prestado en fecha....., por lo que no se prosigue con el  
procedimiento

Firma del medico responsable:

Fecha:...../...../.....