

ANEXO XI MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ECOGRAFÍA MORFOLÓGICA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CONTROL ECOGRÁFICO DURANTE EL EMBARAZO

La ecografía es una técnica del diagnóstico por la imagen que puede ser practicada por vía vaginal o abdominal (según la época de la gestación y condiciones) y que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, etc.).

¿QUÉ RESULTADOS TIENE ACTUALMENTE?

Si bien la ecografía permite detectar anomalías morfológicas fetales, la precisión de la técnica depende de la época de la gestación (es más fiable alrededor de las 20 semanas), del tipo de anomalías (algunas tienen poca o nula expresividad ecográfica), de las condiciones de la gestante que pueden dificultar la exploración (obesidad, poca cantidad de líquido amniótico u otras) y de la propia posición del feto. La tasa de detección depende del tipo de anomalía y está entre el 18 y el 85%, con una media del 56%, incluso en los casos en que la ecografía es realizada en condiciones óptimas.

¿QUÉ OTRAS COSAS SE DEBEN TENER EN CUENTA?

1. La ecografía sólo puede informar de la existencia de posibles anomalías físicas y no de defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos, cromosómicos, etc.). Por tanto, una ecografía con resultado normal no garantiza que el niño nazca sin alteraciones o retraso mental.
2. En algunos casos, la detección de una anomalía será forzosamente tardía (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias e intestinales, trastornos del desarrollo del esqueleto, etc.), dado que tales patologías se originan o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación.

3. La ecografía, aunque orienta sobre la evolución del feto, no tiene por sí sola un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

Sra. _____

DNI: _____

Manifiesto voluntariamente que:

He sido informada por el equipo médico que me atiende de la conveniencia de efectuar un **control ecográfico** periódico de mi embarazo, de sus resultados y sus limitaciones. La información me ha sido facilitada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que tomo libremente la decisión de autorizar dicho procedimiento de acuerdo con el protocolo establecido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital, aceptando que la frecuencia y tipo de los exámenes dependerán de las condiciones específicas de mi embarazo. No obstante, podré revocar mi consentimiento en cualquier momento si esa es mi voluntad.

_____, a _____ de _____ de XXX

Firma del médico

Firma de la gestante o representante

Dr. _____

Sra. _____

No. de colegiado _____