

# Consentimiento informado ecocardiografía transesofágica

## 1. ¿Qué es?

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

## 2. ¿Para qué sirve?

Permite obtener imágenes del corazón mediante ultrasonidos a través del esófago, y así aportar información que sirve para detectar y valorar la existencia de lesiones en el interior del corazón o en estructuras próximas.

## 3. ¿Cómo se realiza?

Debe venir en ayunas. Se realiza estando el paciente tumbado. Se le aplica anestesia local en la garganta con un pulverizador. También se puede realizar con sedación profunda / anestesia general si fuera necesario (normalmente es un anestesista o intensivista, el encargado de esta parte del procedimiento vigilando su situación con la monitorización y seguimiento que precise; en caso de precisar anestesia general pueden producirse complicaciones derivadas de la misma).

En casos extraordinarios, por la manipulación necesaria para la introducción de la sonda ecográfica o por la necesidad de intubación del paciente, existe la posibilidad de rotura de alguna pieza dentaria y problemas orotraqueales.

A continuación, se introduce despacio una sonda por la boca hasta que su extremo llegue al esófago. Una vez colocada correctamente se ven y se graban las imágenes obtenidas. Finalizado el estudio se retira la sonda. Conviene prolongar el ayuno varias horas tras esta exploración.

## 4. ¿Qué riesgos tiene?

Pueden existir síntomas menores algo molestos (náuseas, irritación local o reacción vagal -mareos, vómitos-), pero de escasa importancia. Excepcionalmente pudiera presentarse una complicación grave (perforación de esófago).

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son las derivadas de su estado general y morbilidad asociada, propias de cada paciente o las derivadas de su respuesta a la sedación/anestesia en caso de precisar sedación profunda.

En su caso conviene anotar los siguientes riesgos individualizados: \_\_\_\_\_

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?

Esta exploración proporciona datos muy útiles cuando la ecocardiografía-doppler transtorácica no los aporta suficientemente.

Antes de firmar este formulario, no dude en pedir cualquier aclaración adicional que desee.

## Consentimiento

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me sea realizado una **ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFAGICA**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. \_\_\_\_\_

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### Testigo

D.N.I.:  
Fdo.:

### Paciente

D.N.I.:  
Fdo.:

### Médico

Dr.:  
Nº. Colegiado:  
Fdo.:

### Representante legal

D.N.I.:  
Fdo.:

## Denegación o Revocación

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (*táchese lo que no proceda*) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### Testigo

D.N.I.:  
Fdo.:

### Paciente

D.N.I.:  
Fdo.:

### Médico

Dr.:  
Nº. Colegiado:  
Fdo.:

### Representante legal

D.N.I.:  
Fdo.: