

## Consentimiento informado para Ecocardiograma Transesofágico



### 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?

Es un estudio semi-invasivo. A través del esófago permite obtener imágenes del corazón mediante ultrasonidos, que sirven para detectar y valorar la existencia de lesiones en su interior o en estructuras próximas.

### 3. ¿Cómo se realiza?

Ud. debe venir con ayuno de al menos 8 horas. El estudio será realizado por un cardiólogo especializado en imágenes cardiovasculares. Ud. Estará acostado y se le colocará una vía venosa para administrar la sedación, que realizará un Anestesiólogo. Se realizará también un monitoreo de su electrocardiograma y de la oxigenación durante el estudio.

A continuación se introducirá despacio una sonda por la boca hasta que su extremo llegue al esófago y/o estómago cuando correspondiere. Una vez colocada correctamente se ven y se graban las imágenes obtenidas. Finalizado el estudio se retirará la sonda y Ud. Se despertará de la sedación. Permanecerá monitoreado hasta asegurarnos que respire adecuadamente, hable y se encuentre lúcido/a.

Conviene prolongar el ayuno varias horas tras este estudio. El día del estudio NO debe manejar, ni llevar a cabo tareas que requieran su atención.

### 4. ¿Qué riesgos tiene?

Pueden existir síntomas menores algo molestos (náuseas, irritación local o reacción vagal, mareos, vómitos), pero de escasa importancia, que pueden persistir algunas horas luego del estudio. La complicación más frecuente es la molestia faríngea (molestia al tragar leve o en la garganta), que cede habitualmente en pocas horas.

Las complicaciones graves son muy infrecuentes: menos del 1% de los estudios. La mortalidad estimada de la prueba es muy baja: < 0.01%. Las complicaciones más graves son la perforación de esófago, 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