

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una prueba diagnóstica complementaria a la ecocardiografía torácica. Este procedimiento no emite radiaciones ionizantes ya que se realiza mediante ultrasonidos.

Consiste en colocar en el esófago un tubo que tiene en su extremo una pequeña sonda que permite ver con mucha más precisión las estructuras cardíacas, al estar el corazón en contacto con el esófago. Una vez colocada correctamente se ven y se graban las imágenes cardíacas y vasculares obtenidas.

Se realiza con el paciente en ayunas y tumbado, se aplica anestesia local en la garganta y una sedación suave intravenosa.

Durante toda la exploración se controlan la presión arterial y la actividad eléctrica del corazón (electrocardiograma). La duración de la prueba será de aproximadamente 20-30 minutos.

Conviene prolongar el ayuno varias horas tras este estudio. El día del estudio no debe conducir ni realizar tareas que requieran de especial atención.

La finalidad es visualizar la anatomía de su corazón y aorta y así poder detectar y valorar la presencia de lesiones en su interior o en estructuras muy próximas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos leves:

- Náuseas.
- Irritación local.
- Reacción vagal, mareos.
- Vómitos.

Riesgos poco frecuentes pero graves:

- Perforación de esófago (de forma muy excepcional).
- Reacciones alérgicas.
- Dificultad para respirar (depresión respiratoria).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a otro tipo de tratamientos para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso, se considera que este tratamiento es el más adecuado cuando el ecocardiograma-Doppler transtorácico no es suficiente. Otras alternativas a la técnica son:

- Tomografía cardiaca.
- Resonancia magnética cardiaca.

AUTORIZACIÓN PARA "ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA"

Yo, D./D^a, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En, a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: