



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?** Este procedimiento consiste en introducir un tubo flexible por la boca para obtener imágenes del corazón con el objetivo de detectar presencia o ausencia de alteraciones en la estructura del corazón con elevada fiabilidad.
- 2. ¿Cómo se realiza?** Se realiza introduciendo un tubo provisto de un sistema de iluminación, llamado endoscopio flexible, a través de la boca hasta llegar al esófago, desde donde se pueden obtener planos de estudio y calidades de imagen superiores a las obtenidas por otro abordaje, que pueden ser muy importantes para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

La prueba es realizada por especialistas en cardiología y profesional de enfermería. Se realiza con el/la paciente en ayunas (al menos 6 horas) y tumbado/a, en la mayoría de casos bajo una sedación ligera. En casos excepcionales, puede ser conveniente la administración de contraste ecocardiográfico intravenoso (microburbujas de hexafluoruro de azufre), que consiste en la introducción de esta sustancia en el aparato circulatorio con el objetivo de mejorar la calidad del estudio y una mayor rentabilidad diagnóstica.

- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?** Los riesgos más frecuentes son la intolerancia a la sonda, náuseas y molestias locales en la garganta. La administración de fármacos sedantes (diacepam vía oral o midazolam intravenoso) puede producir disminución del nivel de conciencia. El equipo médico dispone, para el caso de complicaciones graves, de equipamiento y material necesario para resolverlas. En los casos poco frecuentes que requieren administración de contraste, éste puede ocasionar reacciones adversas en raras ocasiones, generalmente leves y de carácter transitorio, y excepcionalmente, reacciones graves por alergia no conocida al contraste o daño cardíaco o pulmonar.

Las complicaciones graves (potencialmente mortales) son excepcionales. Se ha determinado que el riesgo de muerte es inferior a 1 de cada 5000 pacientes.

- 4. Consecuencias previsibles de su realización.** Facilitará la mejora de su diagnóstico y la selección del tratamiento adecuado por lo que mejoría de su situación clínica.
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización.** La no realización de esta prueba puede resultar en un diagnóstico incompleto de su enfermedad cardíaca, lo cual puede conllevar un tratamiento inadecuado y la no mejoría de su situación clínica.
- 6. Alternativas.** En algunos casos, existen pruebas alternativas. Sin embargo, en la mayoría de casos la ecocardiografía transesofágica aporta datos diagnósticos que no pueden obtenerse mediante otra técnica de imagen.
- 7. Riesgos en función de la situación clínica personal del/la paciente.** Según su situación clínica (diabetes, obesidad, alergias, alteraciones de coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, anemia, medicación actual, edad avanzada), los riesgos de la exploración pueden aumentar aunque su frecuencia seguirá siendo baja. En caso de enfermedades previas de garganta, esófago o estómago, o enfermedades del hígado, se puede desaconsejar la realización de ecocardiografía transesofágica, por lo que es necesaria que estas situaciones sean valoradas por el personal facultativo.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son

9. DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACION
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____