

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO**Objetivos del Procedimiento:**

Detectar o confirmar la presencia de enfermedades cardiovasculares; que no son detectables por otros medios, como enfermedades de las válvulas cardiacas, aorta, trombos y otras, en que el ecocardiograma transtorácico no muestra imágenes satisfactorias.

Descripción de Procedimiento:

El examen comienza con la instalación de una vía venosa con el fin de administrar medicamentos para la sedación (midazolam- fentanilo). Se aplica además un anestésico bucofaríngeo (en spray), para disminuir náuseas, vómitos, dolor y contribuir a una buena tolerancia al procedimiento. Se coloca al paciente en posición decúbito lateral izquierdo, con la cabeza flectada sobre el tórax. Previa anestesia de la faringe y colocación de un protector bucal, más la sedación endovenosa se introduce la sonda por la faringe hasta el esófago llegando al estómago desde donde se inicia el estudio cardiológico; luego se retira por el esófago hasta los 30 – 35 cms. de la arcada dentaria. obteniendo imágenes cardiacas adecuadas.

El examen dura aproximadamente 15-30 minutos, después de lo cual el paciente se recupera de la sedación, administrando lanexate EV.

Ventajas del procedimiento

Por realizarse desde el esófago, permite obtener imágenes muy nítidas de las cavidades cardiacas, válvulas, paredes del corazón, aorta y entrega información de alta calidad en la pesquisa de trombos tumores, masas o vegetaciones (masas móviles infectadas) Y funcionamiento de las prótesis cardiacas convirtiéndose en un examen de alta sensibilidad en el diagnóstico de muchas enfermedades cardiacas.

Riesgo del Procedimiento:

En general es un examen breve, bien tolerado, sin embargo, como todo procedimiento medico invasivo, puede asociarse a complicaciones o reacciones adversas, tanto por consecuencia del procedimiento en si, como por parte de la sedación que se use, o de la situación previa de cada

paciente, por ejemplo, no debe realizarse en presencia de patología previa esofágica y daño hepático con varices esofágicas.

Las complicaciones más frecuentes son:

- Irritación bucal, náuseas o reacción vagal (estimulación del nervio vago).
- En forma excepcional puede haber complicaciones como arritmias, depresión respiratoria o hemorragia faríngea discreta.
- Perforación esofágica aparece en proporción de 1 / 10.000 exámenes.
- Inflamación del sitio de punción venosa
- Reacción adversa a los medicamentos usados rara vez.

Excepcionalmente, puede suceder que durante el procedimiento se encuentren condiciones y/o complicaciones o patologías que hagan necesario realizar procedimientos adicionales e incluso la necesidad de ser hospitalizado en unidad de paciente crítico.

Indicaciones para el Día del Examen:

- Ayuno de 6 horas, si es diabético solo 4 horas antes.
- Si el paciente se encuentra en tratamiento con medicamentos, no debe suspenderlos salvo indicación expresa de su médico tratante.
- Venir acompañado y no manejar al retirarse.
- Traer orden médica y exámenes cardiológicos anteriores si los tiene.
- Presentarse **30 minutos antes** para trámites de recepción.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Ecocardiograma Transesofágico**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)