

Documento de consentimiento informado dilatación y prótesis de esófago

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

La dilatación y/o colocación de una prótesis de esófago es una intervención con la que se intenta solucionar la estrechez en el esófago que usted padece y que le impide tragar adecuadamente. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUÉ CONSISTE LA DILATACIÓN Y PRÓTESIS DE ESÓFAGO

Se le introducirá, a través de la boca, un tubo (catéter) para pasar la zona estrecha del esófago, que es la que impide que pasen los alimentos correctamente. A continuación se le dilatará o se le colocará una prótesis que le mantendrá abierta esa zona. La duración de la intervención será, aproximadamente, de 40-60 minutos. Se podrá utilizar sedación para evitarle molestias. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma, por los hallazgos encontrados, para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

RIESGOS DE LA DILATACIÓN Y PRÓTESIS DE ESÓFAGO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes)

Por la técnica que vamos a realizar:

- Dolor en el tórax, que habitualmente cede con analgésicos.
- Sangrado o hemorragia leve en el esófago, que normalmente cede sola y no necesita tratamiento. Raras veces se puede producir una hemorragia más importante que requiera tratamiento urgente.
- Desplazamiento de la prótesis que le hemos colocado, que en algún caso podría requerir tratamiento adicional.
- Obstrucción de la prótesis por comida, que habitualmente se resuelve fácilmente.
- Infección del pulmón (neumonía por aspiración).
- Complicaciones excepcionales, pero más graves, son la rotura del esófago, que en ocasiones requerirá
- Intervención urgente, y la perforación en el interior de la cavidad torácica produciendo inflamación de esa zona
- (Mediastinitis), que, de no resolverse, podría llegar a producir complicaciones graves, incluso la muerte.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, la alternativa sería la intervención quirúrgica.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la DILATACIÓN Y PRÓTESIS DE ESÓFAGO.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:	
_____	_____	_____	Nº
de Colegiado:	D.N.I.:	D.N.I.:	
Firma:	Firma:	Firma:	

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:	
_____	_____	_____	Nº
de Colegiado:	D.N.I.:	D.N.I.:	
Firma:	Firma:	Firma:	

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:	PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):	TESTIGO:	
_____	_____	_____	Nº
de Colegiado:	D.N.I.:	D.N.I.:	
Firma:	Firma:	Firma:	