

Consentimiento informado para esclerosis endoscópica de varices esofágicas

Nº de historia

D/Dª.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio eny DNI nº:.....

D/Dª.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio eny DNI nº:..... en Calidad

dede.....
(representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos del paciente)

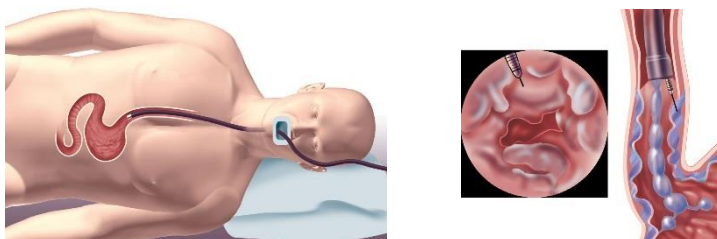
Declaro

Que el Doctor/a
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a realizar una **ESCLEROSIS ENDOSCÓPICA DE VARICES ESOFÁGICAS**.

- El propósito principal de la técnica es mediante la inyección de una sustancia esclerosante dentro y alrededor de la variz, evitar su rotura y/o sangrado, al igual que la reducción de tamaño y/o erradicación de las varices.
- He sido informado que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia general, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que la intervención consiste en la introducción por la boca de un endoscopio flexible, el cual porta una aguja especial que permite inyectar en las varices y en su proximidad una sustancia esclerosante para conseguir que cese la hemorragia y reducir y/o erradicar la variz. Igualmente y de manera habitual se precisa tratamiento con fármacos y/o sesiones posteriores para conseguir el objetivo pretendido con la técnica, esto es, la eliminación completa de las varices. No obstante, el tratamiento no es definitivo puesto que la variz puede reaparecer con el tiempo, pudiendo ser necesario repetir la técnica.



- Igualmente el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son la ligadura endoscópica, la administración intravenosa de somatostatina o derivados, la administración oral de fármacos betabloqueantes y nitratos, la colocación de una comunicación vascular mediante radiología, un balón especial de compresión, o una derivación vascular quirúrgica. El médico me ha explicado las diferencias y riesgos existentes entre unas y otras habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
- También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos. Es frecuente la aparición de dolor torácico en la zona de inyección, suele durar unas horas y acostumbrar a ceder con analgesia endovenosa. Durante los primeros días deberé tomar alimentos líquidos o blandos.
- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden aparecer complicaciones, que podrían ocasionar que se prolongue el ingreso, que sea necesaria la administración de fármacos o que se tenga que realizar una intervención quirúrgica o radiológica. También pueden aparecer reacciones a las sustancias esclerosante, dolor torácico o abdominal, reacción vagal, fiebre, infección, derrame pleural, neumonía, hemorragia, perforación, aparición de úlceras en el punto de inyección que pueden originar dificultad para tragar,

hemorragia o cicatrices que estrechen el esófago y que puedan requerir dilataciones, accidentes cerebro-vasculares, convulsiones, arritmias, parada cardiaca o respiratoria. En casos muy excepcionales, la esclerosis de varices esofágicas puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.

- He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:.....
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
- Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos durante el procedimiento o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni los esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto **que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.**

Y en tales condiciones.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice una ESCLEROSIS ENDOSCÓPICA DE VARICES ESOFÁGICAS	
PACIENTE/REPRESENTANTE: D.N.I. Fdo.:	MÉDICO: Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

He decidido NO AUTORIZAR la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.	
PACIENTE/REPRESENTANTE: D.N.I.: Fdo.:	MÉDICO: Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN	
PACIENTE/REPRESENTANTE: D.N.I. Fdo.:	MÉDICO: Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	