

Consentimiento informado para esófago de Barrett con radiofrecuencia

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)

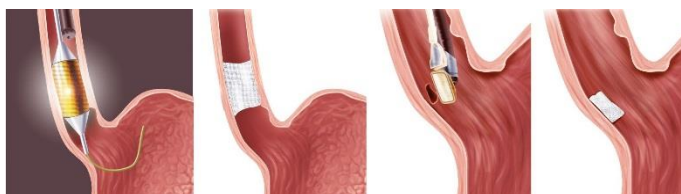
Declaro

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 un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL ESÓFAGO DE BARRETT CON RADIOFRECUENCIA.**

- El propósito principal de la técnica es la eliminación de un segmento de la capa más superficial del esófago que tiene un riesgo de degeneración maligna.
- 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 esófago de Barrett es la sustitución de la capa superficial esofágica por la capa superficial del estómago. En muchas ocasiones es producido por el reflujo ácido. El médico me ha explicado que en este tipo de procedimiento se utiliza un tubo flexible con una cámara de vídeo en su extremo, denominado gastroscopio, a través del cual o en paralelo se pasa un instrumento que libera ondas de radiofrecuencia que, al contactar con la capa superficial del esófago, provoca una destrucción de la capa interna de este, lo que elimina el esófago de Barrett. Aunque para ello, pueden requerirse varias sesiones hasta conseguir la eliminación endoscópica del esófago de Barrett.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son el tratamiento farmacológico además de controles endoscópicos frecuentes, disección endoscópica submucosa, o bien, tratamiento quirúrgico. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, el tratamiento endoscópico del esófago de Barrett mediante radiofrecuencia es el 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 de la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. También pueden aparecer: malestar, náuseas, molestias en la garganta o al tragar los alimentos sólidos o líquidos. Una vez me haya recuperado por completo de estos síntomas y de los efectos de la sedación o anestesia, se procederá a darme el alta médica. En el caso de no encontrarme totalmente recuperado, permaneceré ingresado en observación. Durante los primeros días tendré que seguir una dieta de fácil deglución. Se me detallará la dieta en el momento que se me indique el alta médica.
- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como dolor, infección, aspiración bronquial, hipotensión, hemorragia, perforación, disfagia (dificultad para tragar alimentos durante los primeros días o, en ocasiones, pasados más días, pudiendo precisar dilataciones) y distensión abdominal, reacción alérgica y/o flebitis. O, más excepcionales, como

arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, accidente cerebrovascular agudo, daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico. En casos muy excepcionales, el tratamiento endoscópico del esófago de Barrett con radiofrecuencia 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 endoscópicos, 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 un TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL ESÓFAGO DE BARRETT CON RADIOFRECUENCIA.	
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_____	