

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DILATACION ESOFAGICA O DE OTRA AREA ESTENOTICA EN EL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del representante legal)

En calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

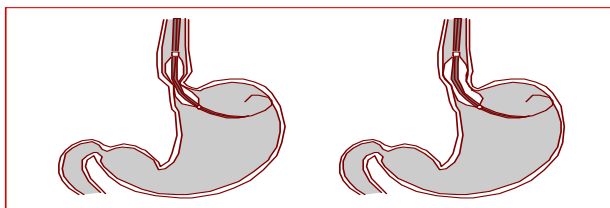
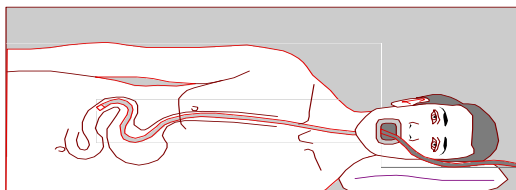
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una DILATACION ESOFAGICA O DE OTRA AREA ESTENÓTICA EN EL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR .

1.- La dilatación esofágica o de otras áreas estenóticas en el tubo digestivo superior es una técnica que pretende, una vez diagnosticada y valorada la existencia de una dificultad del paso del alimento a través del esófago, o de otras áreas estenóticas en el tubo digestivo superior, el tratamiento de la misma en una o varias sesiones, mediante la utilización de bujías o balones neumáticos o hidrostáticos con el fin de asegurar el tránsito adecuado del alimento. Esta técnica se realiza con control endoscópico y en ocasiones radiológico. Puede realizarse de manera ambulatoria, o con el paciente ingresado. Puede ser, también, un proceso previo a la realización de otra técnica como la colocación de prótesis. En ocasiones puede ser necesaria aplicar más de una sesión.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia con o sin intubación de la vía aérea y/o la utilización de un anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia y de la anestesia tópica.

3.- La técnica se realiza habitualmente con el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y se introduce el endoscopio por vía oral a través de un abrebocas. Llegado a la zona estenótica se actúa sobre ella con distinto tipo de instrumental con el fin de dilatar la zona estrecha y asegurar de este modo el paso del alimento a través del esófago o de otras áreas del tubo digestivo superior. También puede ser el primer paso para la colocación de una prótesis.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión y dolor abdominal, reobstrucción, hemorragia, perforación, neumomediastino, infección, aspiración bronquial, hipotensión, dolor, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.



5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar en ayunas.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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.

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

CONSIENTO

que se me realice una **DILATACION ESOFAGICA O DE OTRA AREA ESTENOTICA EN EL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR.**

En....., a

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña , de, años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en, y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña , de, años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en, y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de....., de

(Representante legal, familiar o allegado)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado