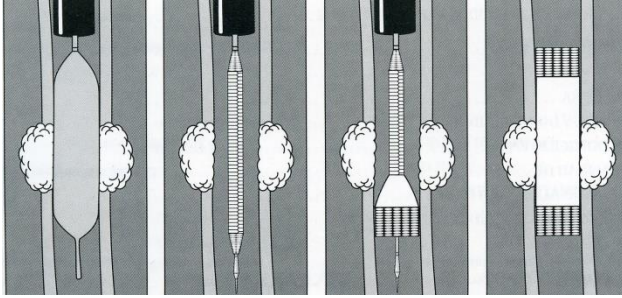


CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS EN TRAMO DIGESTIVO SUPERIOR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en colocar en el interior del esófago, estómago o duodeno, un tubo o prótesis (material de plástico, biodegradable o metálico), para el tratamiento de una estenosis (estrechez) benigna o maligna, de fístulas en el tracto digestivo y de forma ocasional para tratar hemorragias.



El procedimiento se hace acostado sobre el lado izquierdo y se usa sedación profunda o anestesia general.

Se le coloca un protector dental en la boca, a través del cual se introduce un endoscopio (tubo flexible), con una cámara en su extremo. Este permite la colocación de la prótesis para aumentar el diámetro de la luz del tubo digestivo.

En algunas circunstancias, las prótesis se colocan para cerrar orificios de la pared del esófago o comunicar una cavidad con otra. En función de cada caso, se utilizan prótesis que pueden ser retiradas al cabo de un tiempo o prótesis permanentes.

El médico me ha indicado la preparación recomendada antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, presencia de prótesis o marcapasos.

La finalidad de la técnica es aumentar el diámetro de la zona del esófago, estómago o duodeno que tiene estrechada para que pueda tragar y facilitar así el paso de alimento a través del tubo digestivo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos frecuentes:

- Dolor e hinchazón abdominal.
- Sangrado leve.
- Náuseas y/o vómitos.
- Dificultad para tragar.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Imposibilidad de colocar la prótesis.
- Rechazo al material protésico.
- Desplazamiento de la prótesis.
- Dolor torácico.
- Reacciones alérgicas a los fármacos empleados.
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).

- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Perforación en el interior de la cavidad torácica produciendo una inflamación e infección de esa zona (mediastinitis).
- Problemas cardiorrespiratorios: Alteraciones de la tensión arterial, ritmo cardiaco y disminución de la concentración de oxígeno en sangre sobre todo en relación con el grado y la duración de la sedación. Parada cardiorrespiratoria (muy excepcional).
- Pancreatitis aguda (inflamación del páncreas).
- Colangitis y/o colecistitis (infección y/o inflamación de los conductos hepáticos y biliares).
- Reflujo ácido esofágico.
- Obstrucción de la prótesis por comida.
- Crecimientos de tejidos por presión de la prótesis.
- Infección del pulmón (neumonía por aspiración).
- Lesiones orofaríngeas: roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia respiratoria o cardiaca no controladas.
- Trastornos graves de coagulación no corregibles.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Técnicas radiológicas.
- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “COLOCACIÓN DE PRÓTESIS EN TRAMO DIGESTIVO SUPERIOR”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: