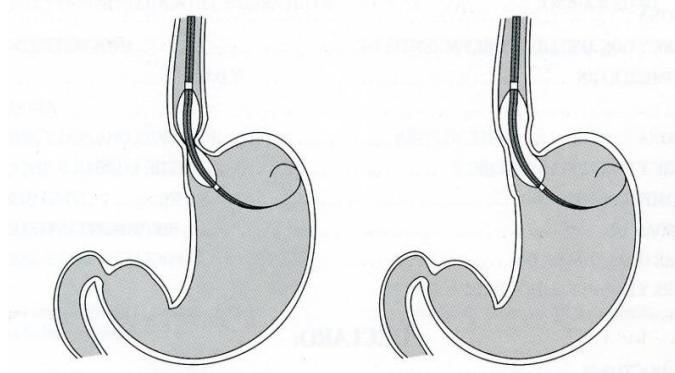


CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DILATACIÓN DEL TUBO DIGESTIVO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

En esta técnica se introduce por la boca o por el ano, un endoscopio (tubo flexible), con una cámara en su extremo, hasta llegar al tramo del tubo digestivo que tiene la estrechez (de forma habitual esófago, estómago o colon).

A través del endoscopio se introducen instrumentos como sondas de dilatación, sonda-balón, bujías, etc, para dilatar el tramo estrecho y llegar al calibre deseado.



Tras la dilatación debe pasar un tiempo en observación, para descartar complicaciones.

El procedimiento se hace acostado sobre el lado izquierdo. En función de la técnica, de las características del paciente y de la duración de la misma, se puede realizar sin sedación, con sedación superficial, con sedación profunda o anestesia general. En algunos casos puede ser necesaria la colaboración de un especialista para realizar la sedación.

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 eliminar la estrechez u obstrucción del tracto digestivo para permitir el paso de los alimentos, favorecer el tránsito intestinal, evitar la dificultad para defecar, etc.

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:

- Hinchazón y/o dolor abdominal.
- Náuseas y/o vómitos.
- Dificultad para expulsar gases.
- Dificultad para tragiar.
- Dolor anal.
- Sangrado rectal leve.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Dolor torácico.
- Lesiones orofaríngeas: roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.
- Reacciones alérgicas a los fármacos.

- Infección relacionada con la introducción del endoscopio.
- Perforación o rotura de la pared del tubo digestivo que se ha dilatado o algún órgano vecino.
- Pancreatitis (infección en el páncreas).
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).
- En caso de acceso por la boca: broncoaspiraciones (paso del contenido gástrico a las vías respiratorias), las cuales pueden producir neumonías.
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Sangrado en el punto de la dilatación.
- Colangitis y/o colecistitis (infección y/o inflamación de los conductos hepáticos y biliares).
- Problemas cardiorrespiratorios: alteraciones de la tensión arterial, ritmo cardiaco y disminución de la concentración de oxígeno en sangre. Parada cardiorrespiratoria (muy excepcional).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico o endoscópico. 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)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia respiratoria grave no controlada.
- Insuficiencia cardiaca inestable no controlada.
- Alteración grave de la coagulación no corregible.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía.
- Dilatación con prótesis expandibles.

AUTORIZACIÓN PARA “DILATACIÓN DEL TUBO DIGESTIVO”

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: