

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA RADIOLÓGICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en colocar en el interior del esófago, un tubo o prótesis (material de plástico, biodegradable o metálico), para el tratamiento de una estenosis (estrechez) benigna o maligna, o de fístulas.

El procedimiento se realiza bajo control radiológico con contraste y sedación. Se introduce por la boca un catéter fino y tras determinar la longitud y características de la estenosis, se libera la endoprótesis más adecuada.

La finalidad de la técnica es aumentar el diámetro de la zona del esófago 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 en el tórax, que habitualmente cede con analgésicos.
- 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 intenso.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- Perforación en el interior de la cavidad torácica produciendo una inflamación e infección de esa zona (mediastinitis).
- Reflujo ácido esofágico.
- Rotura del esófago.
- Obstrucción de la prótesis por comida.
- Crecimientos de tejidos por presión de la prótesis.
- Infección del pulmón (neumonía por aspiración).
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- 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.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Diátesis hemorrágica incontrolable.
- Parálisis severa de las cuerdas vocales.
- Neoplasias que afectan al esfínter esofágico superior.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Gastrostomía (tubo directo desde la piel al estómago).

AUTORIZACIÓN PARA “ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA RADIOLÓGICA”

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: