Clínica Antofagasta

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: ……. APELLIDOS: …….

…… EDAD: ……..

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):……

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.
Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.
Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención a la que usted va a someterse pretende tratar la perforación o agujero que usted tiene en el esófago. La operación se realiza por toracotomía (apertura del tórax) o videotoracoscopia, o a traves de una incision en el cuello o en el abdomen y consiste en localizar y reparar o drenar la rotura del esófago.
En circunstancias especiales, el cirujano puede practicar en la misma operación, además, otros procedimientos como endoscopia, drenaje de la zona de perforación, yeyunostomia, gastrostomia, esofagostomia, la miotomía (sección de los músculos del esófago), técnicas de antirreflujo gastroesofágico, exclusión bipolar del esófago (cierre de los extremos superior e inferior del esófago), esofagostomias e incluso la esofagectomía (extirpación total del esófago) y reconstruccion posteriormete.
Al finalizar se dejará dos o más tubos de drenaje en la cavidad pleural cuello o abdomen durante los días necesarios para facilitar la evacuación de aire y de líquido pleural y para permitir una mejor función respiratoria.

CÓMO SE REALIZA

El procedimiento requiere anestesia general, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo.
Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Para todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Cicatriz Torácica, o cervical o abdominal. Necesidad de uno o varios tubos de drenaje en la zona. Dolor postoperatorio o molestias. Necesidad de ayuno prolongado hasta que se estime que la perforación ha cicatrizado con seguridad.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En tratar de la forma mas adecuada la perforación esofágica.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. La perforacion esofagica es potencialmente una situación grave que en algún caso se asocia a alta mortalidad derivadas de la infeccion que puede producir en el cuello, torax o abdomen.

- LOS MÁS FRECUENTES:

– Acumulación de líquido y de aire en la cavidad pleural (zona de los pulmones).
– Extensión de aire al tejido subcutáneo o a otra zona.
– Infección y sangrado de las heridas.
– Dolor prolongado en la zona de la operación.
– Persistencia del colapso pulmonar.

- LOS MÁS GRAVES:

– Cualquiera de las anteriormente descritas que se comporten de forma refractaria al tratamiento y que asocien infección tanto local como generalizada.
– Heridas persistentes del esófago.
– Infección del mediastino (parte del tórax que está entre el esternón y la columna vertebral y entre los pulmones), de la cavidad pleural y del pulmón.
– Hemorragia de los grandes vasos sanguíneos.
– Lesiones de otros órganos.
– Insuficiencia respiratoria.
– Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y conocido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

Clínica Antofagasta Bupa

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ……., autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.
RUT…… FIRMA……..

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional…….

RUT…… FIRMA……

Fecha de obtención del consentimiento informado……

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ……., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante lega

RUT…… FIRMA……
Fecha…….

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ……., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal
RUT…… FIRMA……
Fecha……