

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

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

RUT..... EDAD: .....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN DILATACIÓN DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR Y/O COLOCACIÓN PRÓTESIS DIGESTIVA (TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS BENIGNAS O MALIGNAS CAUSAS DE ESTRECHAMIENTO):

---

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

El procedimiento al que usted se somete consiste en ensanchar estrechamientos por trastornos motores o diversas lesiones del esófago mediante balones o bujías (tubos de grosor creciente) tras introducir un tubo flexible con un sistema de iluminación y una cámara (endoscopio), a través de la boca. Al colocar una prótesis en el tubo digestivo se consigue dilatar la estrechez y así poder pasar los alimentos.

Sirve para permitir y mejorar el paso de alimentos por el aparato digestivo.

##### CÓMO SE REALIZA

Se lleva a cabo en una posición cómoda sobre el lado izquierdo. Tiene una duración variable en torno a los 20-30 minutos. Para hacerla más confortable se administra anestésico local en la garganta en forma de pulverizador o crema y se inyecta un sedante y, a veces, también un analgésico.

Existen varios tipos de dilatación:

- La dilatación con balones se efectúa hinchando con agua pequeños balones de grosor creciente que se sitúan en la zona estrecha.
- En la dilatación con bujías se pasan a través de la estrechez pequeños tubos de plástico de grosor creciente.
- La dilatación neumática se realiza hinchando a presión con aire un balón previamente colocado en la unión entre esófago y estómago (cardias).

En ciertos casos, como complemento se puede dejar un tubo, prótesis, que pasa a través de la zona estrecha.

La dilatación con balones se realiza generalmente de forma ambulatoria. La dilatación con bujías y la dilatación neumática se realizan casi siempre en régimen de hospitalización de corta estancia. Una vez finalizada, habrá un periodo de observación durante las cuales se le realizarán controles médicos para detectar la posible aparición de complicaciones.

Para la colocación de la prótesis se actúa de igual manera, con la salvedad de que la prótesis va introducida en un porta-prótesis. Cuando está colocada en la zona estrecha se libera y se termina de abrir la prótesis.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Durante la exploración la tolerancia es variable de un enfermo a otro. La endoscopia no dificulta la respiración normal. El momento de hinchar el balón, pasar el dilatador o colocar la prótesis puede provocar algo de dolor. La medicación administrada previamente le ayudará a tolerarlo mejor. Una vez finalizada, puede quedar cierta falta de sensibilidad en la garganta que desaparece pronto o dolorimiento pasajero en el centro del pecho. Puede quedar cierta sedación residual durante varias horas.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El ensanchamiento de la estrechez del esófago permite un mejor paso del alimento a su través. Con las prótesis se consigue abrir la estenosis y poder pasar alimentos.

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

La única que existe a éstas técnicas terapéuticas es una intervención quirúrgica en el caso de las dilataciones. Con las prótesis puede que reciba otro tipo de tratamiento complementario por otros servicios médicos.

### 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.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

Pueden producirse reacciones adversas a la medicación administrada, que suelen ser leves y sin repercusión alguna. Otras complicaciones menores son roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía

#### • LOS MÁS GRAVES:

A consecuencia de la dilatación y/o colocación de prótesis se puede producir hemorragia o perforación esofágica. En la dilatación con bujías o con balones son excepcionales. En la dilatación neumática por acalasia y colocación de prótesis son mayores. No obstante, a pesar de su rareza, pueden requerir tratamiento urgente y ocasionalmente una intervención quirúrgica.

Mortalidad: algunas complicaciones pueden seguir una evolución fatal. Es una eventualidad excepcional pero puede suceder.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

**Alergias a medicamentos:** Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

**Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante:** Pueden tener más riesgo de hemorragia, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto.

**Embarazo:** En algunas formas de dilatación se pueden emplear Rayos X que pueden dañar al feto. En caso de embarazo se debe recurrir a otras alternativas o planificar correctamente la técnica. Debe conocerse esta posibilidad.

La insuficiencia cardiaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo de complicaciones

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

Debe guardar ayuno de 8 horas.

Avisé si padece posibles alergias a medicamentos.

Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Acenocumarol...) o antiagregante (Ácido acetilsalicílico, Clopidogrel...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.

Notifique si puede estar embarazada

Retire su prótesis dentaria, si la tiene.

Acuda acompañado.

No coma ni beba nada en la hora y media siguiente tras una dilatación con balón. En la dilatación neumática y con bujías puede ser preciso no tomar nada en las siguientes 24 horas.

No conduzca ni maneje maquinarias peligrosas durante el resto del día si se le ha administrado sedación.

**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.....