

Consentimiento informado Dilatación Esófago y/o Colon

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente:

Nombre y apellidos del representante (si procede):

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La dilatación endoscópica es una técnica consistente en la dilatación de un área que se encuentra estrecha a nivel del tubo digestivo (habitualmente esófago o colon). Dicha estrechez puede ser secundaria a procesos benignos (lo más frecuente) o malignos. Su médico le explicará cual es el motivo en su caso.

Habitualmente esta prueba se realiza bajo sedoanalgesia intravenosa, salvo que tenga una enfermedad de base que lo desaconseje. Por ello, se le cogerá una vía intravenosa en un brazo para administrar dicha medicación. Posteriormente se introducirá el endoscopio (gastroscoPIO o colonoscopia), hasta el área de la estrechez, a través del cual se introduce un balón, que se hincha progresivamente hasta obtener el calibre deseado.

Al finalizar, se le mantendrá en observación en el área de endoscopias para descartar complicaciones, salvo que haya sido una dilatación compleja o se sospeche la existencia de alguna complicación, en cuyo caso precisará ingreso hospitalario, habitualmente 24-48 horas

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Riesgos generales

A pesar de la adecuada realización de la técnica pueden aparecer complicaciones, derivadas de las enfermedades de base del paciente o específicas del procedimiento. La más severa es la aparición de una perforación (rotura) de la pared del tubo digestivo que se ha dilatado, que aparece en el 0,1–2,6% de los casos (dependiendo de la causa de la estrechez), pudiendo resolverse con tratamiento conservador (ingreso, dieta, sueros y antibióticos) o precisar tratamiento quirúrgico, con una mortalidad de en torno al 1%.

Otras complicaciones menos frecuentes y severas son: sangrado en el punto de dilatación, que habitualmente cede espontáneamente o con tratamiento endoscópico, o fiebre, secundaria al paso de bacterias a la sangre, que habitualmente cede espontáneamente o con antibióticos.

Riesgos personalizados

Además de los riesgos anteriormente citados por las enfermedades que padece, puede presentar otras complicaciones

BENEFICIOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

La eficacia de esta técnica es superior al 80%, si bien es muy frecuente que sean precisas varias sesiones (entre 1-4) para conseguir dicho objetivo, aunque en aproximadamente un 20% de los casos puede no conseguir el objetivo a pesar de una adecuada realización. En aproximadamente un tercio de los pacientes puede haber reestenosis del área dilatada, habitualmente durante el primer año, que obligue a la realización de nuevas sesiones de dilatación.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

Como alternativa la dilatación se puede realizar mediante cirugía, aunque es preferible reservar dicha opción para los pacientes en los que no se pueda dilatar endoscópicamente.

¿NOS AUTORIZA?

Por este documento solicitamos su autorización para realizarle el procedimiento y/o prueba, y usar imágenes e información de su Historia Clínica con fines docentes o científicos. Su anonimato será respetado.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: cmed@cmed.es, adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Dr/a:
 Colegiado nº Fecha:/...../.....

Firma del paciente

D/Dª:
 Fecha:/...../.....

D./Dª:, con DNI: en calidad de
 a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha:/...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2
 28006 Madrid
 Tel: 91 562 02 90

CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90
 Email: cmed@cmed.es
www.cmed.es

SOCIAL

/CentroMedico
 EnfermedadesDigestivas
 @TWCMED
 @cmed_es

VIDEOCONSULTA

También disponible por
 VIDEOCONSULTA
 Más info: cmed.es/e.cmed.php