

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTA DE LOS TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellido del paciente Edad

Nombre y apellido (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende evitar los síntomas producidos por la acción del ácido sobre el esófago y prevenir sus complicaciones como estenosis y posible malignización

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende solucionar la enfermedad, provocada por una alteración en los movimientos de contracción del esófago.
- Debido a esta alteración, se producen dilataciones de todo o una parte del esófago, y en ocasiones formación de divertículos, que son como unos sacos, en diversas zonas del esófago.
- La intervención quirúrgica varía en función del trastorno específico y consiste en la sección de parte de la capa muscular del esófago, en la dilatación localizada del esófago y, si fuera necesario, en la extirpación asociada de los divertículos. Según la zona alterada se abordará por cuello, tórax o abdomen.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anesestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- El cirujano/a me ha explicado, que en mi caso, dada la evolución de mi enfermedad no existe una alternativa eficaz de tratamiento.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.
- Riesgos poco graves y frecuentes: 1. infección o sangrado de la herida quirúrgica 2. retención aguda de orina 3. flebitis 4. dificultad transitoria al tragar 5. ardores 6. dolor prolongado en la zona de la operación.
- Riesgos poco frecuentes y graves: 1. dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida) 2. fistula por fallo en la cicatrización de la sutura 3. alteraciones de la voz (raramente definitivas) 4. estrechez esofágica 5. sangrado o infección intraabdominal 6. reflujo gastroesofágico 7. recidiva de la enfermedad.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)
 RUT
 Firma

Sr(a)
 RUT
 Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal
 RUT
 Firma
 Fecha

REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal
 RUT
 Firma
 Fecha