

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: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE VARICES ESOFÁGICAS: LIGADURA Y ESCLEROSIS

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé 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 Las varices esofágicas (venas aumentadas de tamaño) aparecen frecuentemente en pacientes con enfermedades graves del hígado. En ocasiones estas varices pueden romperse y sangrar. El procedimiento al que usted va a ser sometido pretende evitar que sangren, parar el sangrado si ya se ha producido o evitar que vuelva a aparecer haciendo desaparecer las varices. La ligadura de varices consiste en la colocación de una banda elástica de goma sobre una variz. La esclerosis consiste en la inyección de una sustancia dentro y alrededor de la várice.

CÓMO SE REALIZA La técnica se realiza mediante un tubo flexible (endoscopio) con un sistema de iluminación y una cámara que se introduce por la boca. A través de él podremos ver directamente las varices e inyectar una sustancia en las varices (esclerosis) o ligarlas con bandas elásticas (ligadura). Se realiza en una posición cómoda sobre el lado izquierdo y dura por término medio entre 10 y 15 minutos. Durante la misma se puede respirar sin problema por la nariz o la boca.

Para que la tolere mejor se le aplicará un anestésico local en la garganta mediante pulverizador y ocasionalmente podrá administrársele un sedante inyectado.

La exploración se realiza en régimen de hospitalización. Si no está hospitalizado/a previamente, se llevará a cabo en forma de hospitalización de corta estancia. Así se pretende lograr una preparación adecuada y controlar al máximo su seguridad tras la exploración. Una vez finalizada, habrá un periodo de observación durante las cuales se le realizarán controles médicos para detectar la posible aparición de complicaciones.

Habitualmente se precisan varias sesiones para eliminar completamente las varices. Después puede ser necesario realizarla más veces porque pueden reaparecer con el tiempo.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Durante la exploración la tolerancia es variable de un individuo a otro. Puede ocasionar malestar en el abdomen y náuseas, que generalmente se controlan con la medicación. Igualmente puede notarse malestar en el pecho o alguna

molestia para tragar que son pasajeros. Una vez finalizada, habrá un periodo de observación para detectar la posible aparición de complicaciones

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

El tratamiento de las varices mediante esta técnica reduce o elimina el riesgo de hemorragia digestiva por esta causa.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Para el tratamiento del sangrado o para prevenir hemorragias en el futuro en algunos casos pueden usarse algunos medicamentos o recurrirse a la cirugía. Debe saber que la cirugía urgente para cohibir una hemorragia tiene un elevado riesgo y se reserva para cuando las técnicas endoscópicas fallan o no son posibles. Además, no todos los enfermos son operables. También existe la posibilidad de colocar una sonda-balón en el esófago para tratar de cohibir el sangrado o implantar una prótesis metálica en el hígado introduciéndola a través de una vena del cuello. Sin embargo, en el momento de indicar este procedimiento, es el más conveniente y adecuado.

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:

Puede aparecer cierta dificultad para tragar, dolor en la garganta o el pecho, inflamación en la zona del estómago, fiebre, que son complicaciones leves y pasajeras. Pueden producirse reacciones adversas en relación con la medicación administrada, que suelen ser leves.

• LOS MÁS GRAVES:

Puede producirse aspiración de sangre a las vías respiratorias, sobre todo si se realiza con carácter de urgencia por hemorragia activa. Tras la esclerosis puede presentarse hemorragia por úlceras esofágicas, perforación, infección o estrechamiento del esófago. Tras la ligadura se puede presentar hemorragia cuando se desprende la banda al cabo de unos días. En estos casos puede ser necesario un tratamiento urgente que obligue a prolongar la hospitalización y, excepcionalmente, una intervención quirúrgica.

Mortalidad. Es una eventualidad excepcional pero puede suceder. En muchos casos, será debida a una mala evolución de la enfermedad hepática que generalmente subyace.

Alergias a medicamentos: El médico debe conocer previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

Alteraciones de coagulación: Puede existir más riesgo de hemorragia si se toman antiagregantes o anticoagulantes. Se deben suspender con antelación. Por otra parte, puede ser necesario corregir la coagulación sanguínea mediante transfusión de plasma o plaquetas si está alterada como resultado de la enfermedad hepática.

Enfermedad hepática: La existencia de complicaciones de la enfermedad del hígado, si existe, y el grado de alteración de la función hepática pueden modificar la gravedad de los riesgos y complicaciones.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo en el caso de aparición de complicaciones.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS 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 para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso

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

Apellidos y nombre 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 legal

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.....