

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESOFAGOSCOPIA MEDIANTE ESOFAGOSCOPIO RÍGIDO

Nombre y apellidos:
Edad: D.N.I.: N° historia clínica:
Diagnóstico del proceso: Fecha:
Médico informante: N° Colegiado:
Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada ESOFAGOSCOPIA, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La esofagoscopia es una técnica de exploración del esófago –es decir, del tubo de la deglución– con fines o de diagnóstico o, generalmente, de tratamiento, ya que se emplea para extraer cuerpos extraños alojados en la mencionada estructura, entre otros fines.

Consiste en la introducción, por la boca, de un tubo rígido, que dispone de un sistema de iluminación, que nos permitirá explorar el trayecto esofágico y realizar diferentes tratamientos, tales como la extracción de cuerpos extraños.

Esta exploración se realiza bajo anestesia general, con el paciente ingresado y habiendo transcurrido varias horas tras la última ingesta de alimentos. Con ello se pretende evitar un posible vómito que pueda ocasionar el paso de los alimentos ingeridos previamente, a los pulmones.

Tras efectuar la esofagoscopia puede ser necesaria una hospitalización de varios días, en dependencia de las lesiones observadas, manteniendo el tratamiento oportuno y los controles radiológicos necesarios.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Al no extraerse el cuerpo extraño, la deglución se verá muy seriamente comprometida.

Existe, por el cuerpo extraño alojado en el esófago, un gran riesgo de perforación del mismo y de una mediastinitis –infección grave en el interior del tórax–. Si la intervención tiene fines diagnósticos, no podrá obtenerse la información necesaria.

BENEFICIOS ESPERABLES

La extracción del cuerpo extraño y los derivados de la exploración esofágica.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

La esofagoscopia flexible es muy eficaz en la exploración del esófago, si bien se encuentra limitada en la extracción de cuerpos extraños en algunos casos.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

En los casos de extracción de cuerpos extraños cortantes o punzantes, la complicación más importante es la perforación esofágica. A este respecto hay que considerar que el esófago puede estar perforado por el propio cuerpo extraño enclavado.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESOFAGOSCOPIA MEDIANTE ESOFAGOSCOPIO RÍGIDO

En las proximidades del esófago se encuentra un espacio, denominado mediastino, que aloja órganos vitales, tales como el corazón, los grandes vasos arteriales y venosos, etc. La perforación esofágica puede conllevar la entrada al mediastino de saliva, aire o sangre, y su posterior infección, dando lugar a una mediastinitis. Esta afección es sumamente grave y puede, incluso, suponer el riesgo de fallecimiento del paciente.

Esta eventualidad es rara en un esófago normal, si bien en esófagos con enfermedades previas como estenosis –estrecheces– postquirúrgicas, tumores, divertículos –eventraciones del esófago, antecedente de ingestión de cáusticos –lejía, sulfumán, etc.–, puede llegar a producirse con cierta frecuencia. En estos casos, el riesgo de la técnica aumenta considerablemente.

Cabe, también, la posibilidad de sufrir heridas a nivel de la boca o la garganta, lesiones a nivel dentario o mandibular y los derivados de la hiperextensión cervical, que es la postura en la que se coloca al paciente para la intervención.

Así, en pacientes con artrosis cervical, osteoporosis, u otras enfermedades de la columna cervical, la hiperextensión cervical puede ocasionar traumatismos en la columna vertebral en diferentes grados, si bien esta eventualidad es infrecuente.

Otras complicaciones que pueden aparecer son la disfagia –molestias al tragar que suelen ser pasajeras–, la disfonía –ronquera, que también suele ser pasajera–, hemoptisis o hematemesis –es decir la aparición de sangre procedente del aparato digestivo o respiratorio–, la fístula traqueoesofágica –es decir, una comunicación entre el conducto de tragar y el de respirar, que tiene un pronóstico grave–, y la estenosis esofágica –el estrechamiento del conducto del aparato digestivo–.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma.

En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESOFAGOSCOPIA MEDIANTE ESOFAGOSCOPIO RÍGIDO

de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente

Fdo.: _____
El facultativo

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESOFAGOSCOPIA MEDIANTE ESOFAGOSCOPIO RÍGIDO

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a....., con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el
paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este
momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría
el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda
sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación
pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El paciente/representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: