

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Endoscopia Digestiva Alta, es un procedimiento mediante el cual se examina la porción superior del tubo digestivo (esófago, estómago y hasta la segunda porción del duodeno) con un instrumento que cuenta con una cámara de televisión, el que se introduce a través de la boca.

Mediante este procedimiento se pueden realizar procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos, que permiten solucionar problemas de diferente índole. En este caso en particular se intenta solucionar un trastorno de la musculatura del esófago o del estómago o de los nervios que permiten que la musculatura de éstos órganos funcione adecuadamente.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo y/o médico que realiza el procedimiento, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Dolor de faringe
- Reacciones adversas a medicamentos usados

Poco frecuentes y graves:

- Perforación de esófago, estómago o duodeno y mediastinitis.

En el caso de la miotomía endoscópica esofágica, puede presentar un 0,2% de perforaciones en el esófago.

Leves y reversibles:

- Enfisema subcutáneo (7,5%)
- Neumoperitoneo (6,8%)
- Pneumomediastino (1,1%)

Son complicaciones que en su mayoría revierten espontáneamente horas después de realizado el procedimiento.

Otras complicaciones:

- Derrame pleural (1,2%)
- Pneumotórax (1,2%)

Pueden requerir procedimientos adicionales como instalación de drenajes pleurales.

En el caso de la Miotomía esofágica se ha detectado que a largo plazo puede producir reflujo gastroesofágico y esofagitis (8,5 y 13% de los procedimientos respectivamente).

Eventos adversos cardiorrespiratorios, arritmias, depresión respiratoria, aspiración de secreciones, sangre o contenido gástrico (0.08 al 0.5% de los casos).

Muerte: tanto por la anestesia como el procedimiento endoscópico pueden producir la muerte, sin embargo, hasta la redacción de éste documento, no hay muertes publicadas en la bibliografía internacional.

Las fotografías o filmaciones de video, son parte del procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **la Miotomía Endoscópica** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)