



Consentimiento Informado Para Los  
Trastornos Motores Del Esófago

## **Consentimiento Informado Para Los Trastornos Motores Del Esófago**

## Consentimiento Informado Para Los Trastornos Motores Del Esófago

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para los **TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO.**

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretenden mejorar el paso del alimento al estómago, evitando infecciones y aspiraciones al pulmón y prevenir la posible malignización del proceso.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

Habitualmente estas enfermedades se producen por alteración en la contracción del esófago, produciéndose dilataciones de todo o parte de éste órgano. La corrección de este trastorno puede requerir la sección del músculo o de la dilatación localizada del esófago. Según la zona alterada, se abordará por cuello, tórax o abdomen.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

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.

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, dificultad transitoria al tragar, ardores, dolor prolongado en la zona de la operación.
- **Poco frecuentes y graves:** Fístula por fallo en la cicatrización de la sutura, alteraciones de la voz (raramente definitivas) estrechez esofágica, infección o sangrado intra abdominal, reflujo y recidiva de la enfermedad. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros. etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:

.....  
aunque puede ser realizable sin su preparación completa.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que hay posibilidad de tratamiento por vía endoscópica y/o radiológica.



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.  
Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para los:  
**TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).