





Para controlar si se produce alguna complicación, y poder comprobar que ha sido efectivo, tendrá que permanecer ingresado en el hospital al menos 24 horas.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

### **ALTERNATIVAS**

La alternativa sería la cirugía directa sobre la lesión del esófago mediante intervención quirúrgica, la radioterapia o la gastrostomía (tubo directo desde la piel al estómago).

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.**

#### **Por la técnica que estamos realizando:**

- Dolor en el tórax, que cede con analgésicos.
- Sangrado o hemorragia leve en el esófago, que normalmente cede sola y no hay que hacer nada. Raras veces, se puede producir una hemorragia más importante. Los enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante pueden tener más riesgo de hemorragia.
- Obstrucción de la prótesis por comida, que se resuelve fácilmente.
- Desplazamiento de la prótesis que le hemos colocado.
- Infección del pulmón (neumonía por aspiración).
- Complicaciones excepcionales pero más graves, son la rotura del esófago que en ocasiones requerirá intervención quirúrgica, y la perforación en el interior de la cavidad torácica produciendo una inflamación e infección de esa zona (mediastinitis), que de no resolverse, podría llegar a producir la muerte (hasta en 6 de cada 100 pacientes).

#### **Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento**

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

### **RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.**

.....

### **OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.



**DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de colocación de prótesis esofágica y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION**

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña. \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.) \_\_\_\_\_ Firma

---

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

D. /D<sup>a</sup>. (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ de (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha \_\_\_\_\_, para la realización de \_\_\_\_\_ y ( ) deseo / ( ) no deseo proseguir el tratamiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo. Dr./a: \_\_\_\_\_