

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN CUERPO EXTRAÑO

Nº de Historia: .....

Don/Doña: ..... de ..... años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: ..... y DNI.....  
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: ..... de ..... años de edad,  
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: ..... y DNI.....  
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

## DECLARO

Que el DOCTOR/A: .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Padezco un **CUERPO EXTRAÑO** alojado en el tracto digestivo y me ha informado que es recomendable proceder, en mi situación, a su **EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es la extracción de un cuerpo extraño estancado en el tracto digestivo, así como determinar las posibles lesiones que este haya podido producir. Esta técnica puede precisar la realización previa de pruebas radiológicas que permitan orientarnos en la ubicación y lesiones que hayan ocasionado el cuerpo extraño.
- ▶ He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que esta técnica consiste en, con el paciente acostado sobre su lado izquierdo y la ayuda de un abre bocas, se introduce el endoscopio por vía oral para visualizar la localización del cuerpo extraño, posibles lesiones que haya producido y, si es posible, proceder a su extracción endoscópica con ayuda de pinzas, asas o cestas. Según las características del objeto a extraer podríamos necesitar un "sobretubo" plástico para evitar lesiones durante las maniobras de extracción. Este utensilio aumenta el diámetro del endoscopio de forma considerable, lo que añade alguna dificultad de manejo y algún riesgo de complicación.



- ▶ Igualmente el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como es la alternativa quirúrgica. En otros casos, y en función del tipo de cuerpo extraño ingerido, es conveniente esperar que se expulse o se disuelva de forma espontánea. El médico me ha explicado las diferencias y riesgos existentes entre las distintas alternativas habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.

- ▶ También he sido informado y comprendo que el tipo de cuerpo extraño ingerido, su composición, tiempo transcurrido y la localización pueden condicionar las consecuencias y/o molestias que puede originar esta técnica. De igual forma, las técnicas necesarias para su extracción, como es la utilización de un sobretubo, hace probable que aparezca dificultad para tragar o dolor en el pecho las primeras horas que se puede tratar con analgésicos de forma efectiva. Tras la realización de esta técnica endoscópica, también puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO<sub>2</sub>; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Durante los primeros días se aconseja que tome alimentos líquidos o blandos.
- ▶ Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden aparecer complicaciones, que podrían ocasionar que se prolongue el ingreso, que sea necesaria la administración de fármacos o que se tenga que realizar una intervención quirúrgica. Los riesgos y complicaciones más relevantes por orden de frecuencia son: el dolor en el pecho y/o en la parte superior del abdomen y/o en la garganta por un período de tiempo que puede oscilar entre varios días. Otra complicación pueden ser infecciones graves producidas por la perforación o enclavamiento del cuerpo extraño, que dependerá del lugar anatómico que se produzca y puede obligar a tratamiento médico o quirúrgico. Otra posible complicación es la estrechez secundaria a la cicatrización de la herida que ha podido producir el cuerpo extraño, que se manifiesta como dificultad en la deglución del alimento; en este caso suele ser necesario dilatar, mediante endoscopia. Otras complicaciones posibles son: reacciones a la medicación sedante o reacción vagal, fiebre, derrame pleural, neumonía, hemorragia, perforación, aparición de úlceras en el punto de aplicación, accidentes cerebro-vasculares, convulsiones, arritmias, parada cardíaca o respiratoria. daños dentales y subluxación maxilar. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico o pueden ocasionar secuelas definitivas. En casos muy excepcionales, esta técnica puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.
- ▶ He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- ▶ Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco: .....  
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como: .....  
.....
- ▶ Igualmente autorizo al equipo médico, a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- ▶ Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

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

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

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

## CONSENTO

Que se me realice una **EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN CUERPO EXTRAÑO.**

En: ..... a .....  
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

## REVOCACIÓN

Don/Doña: ..... de ..... años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: ..... y DNI.....  
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: ..... de ..... años de edad,  
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: ..... y DNI.....,  
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: ..... de.....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En: ..... a .....  
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante