

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DEL TRACTO DIGESTIVO INFERIOR

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)

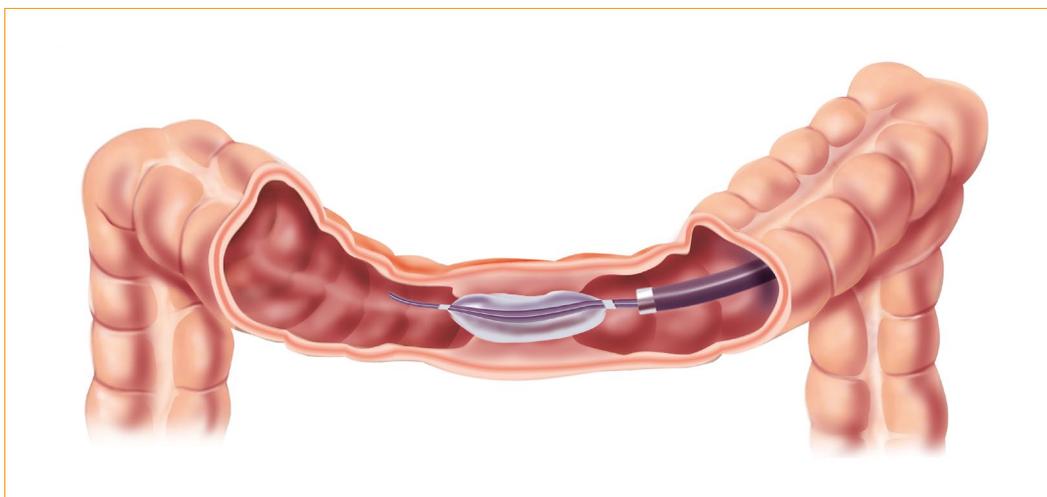
## DECLARO

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

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a realizar una **DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DEL TRACTO DIGESTIVO INFERIOR**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es aumentar el diámetro de un segmento estrecho del colon o recto, con el fin de permitir el tránsito intestinal y evitar dificultad para la defecación. Las estrecheces pueden reproducirse, por lo que es posible que la técnica no sea definitiva y se precisen varias sesiones de dilatación.
- ▶ 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 la técnica consiste en, estando el paciente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se procederá a la introducción anal del endoscopio progresando por el colon hasta alcanzar la estrechez. En ese momento, se introducirá un balón neumático a través del canal de trabajo del endoscopio y se inflará de forma controlada en el seno de la estrechez. Puede utilizarse control combinado con rayos X y, en ocasiones, se pueden realizar uno o varios cortes radiales de la estrechez con ayuda de un bisturí eléctrico. Ambos procedimientos pueden combinarse. En algunas ocasiones pueden ser necesarias varias sesiones para alcanzar el objetivo de permitir un tránsito intestinal correcto.



- ▶ Igualmente, el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son la cirugía laparoscópica o convencional, que conllevarían inicialmente la extirpación del segmento del intestino de forma definitiva. El médico me ha explicado las diferencias y riesgos existentes entre unas y otras habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.

- ▶ También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica 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. Como resultado de la dilatación, es posible que se eliminen restos de sangre en las primeras deposiciones. Permaneceré ingresado en observación hasta que me encuentre recuperado.
- ▶ Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o complicaciones. Los más frecuentes son leves, como la distensión abdominal, que cede con la expulsión de aire. Otros efectos secundarios son más raros: reacción alérgica, flebitis, dolor abdominal, hipotensión, aspiración bronquial. Existen dos complicaciones posibles graves: la perforación y la hemorragia. La perforación puede acompañarse de infecciones graves. Estas complicaciones pueden obligar a tratamiento médico o quirúrgico. Son excepcionales las complicaciones más graves: arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, así como un mínimo riesgo de mortalidad.
- ▶ 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

## CONSIENTO

Que se me realice una **DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DEL TRACTO DIGESTIVO INFERIOR.**

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