

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

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)

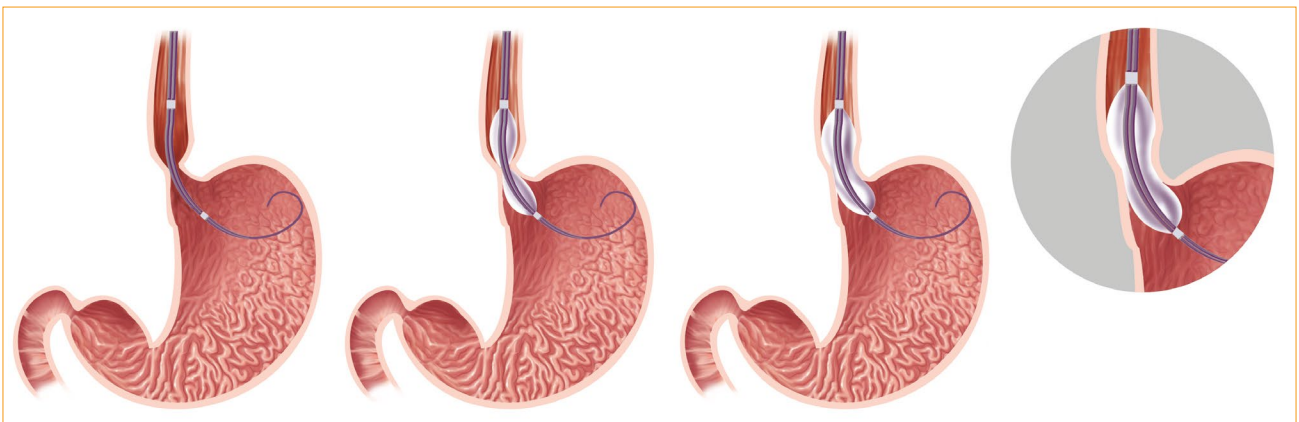
## DECLARO

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 una **DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es asegurar el tránsito adecuado del alimento, aumentando el diámetro de un segmento estrecho del tracto digestivo. También, un proceso previo a la realización de otra técnica como la colocación de prótesis.
- ▶ He sido informado que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia general, de cuyos riesgos me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que esta técnica endoscópica consiste en la utilización de un catéter con un balón en su extremo, que se introduce a través de un endoscopio por vía oral hasta llegar al área de estenosis o estrechez; posteriormente se avanza el catéter a través de la misma y se hincha el balón a presión hasta conseguir un ensanchamiento y/o dilatación suficiente para el tránsito adecuado de los alimentos. Igualmente, en ocasiones, la dilatación se puede realizar con bujías que se introducen a través de una guía colocada previamente con ayuda de un endoscopio flexible. En ocasiones puede ser necesario aplicar más de una sesión (1-4 sesiones).



- ▶ Igualmente el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como es la dilatación mediante la colocación de una prótesis expansible y/o cirugía convencional. 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 el procedimiento puede requerir una estancia hospitalaria mínima de 24 horas. Dado que la técnica endoscópica se practica con la inyección de aire o CO<sub>2</sub>, puede ser habitual que presente inicialmente distensión abdominal que, por lo general, cesa a las pocas horas.

- ▶ Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden aparecer complicaciones. La más frecuente es el dolor a nivel de la zona de dilatación que puede precisar tratamiento médico. Una complicación infrecuente pero grave es la perforación, que pueden precisar la colocación endoscópica de clips o prótesis para cerrar la perforación. Otras complicaciones menos frecuentes pero también graves son: la hemorragia en el punto de dilatación o fiebre secundaria al paso de bacterias a la sangre. Estas complicaciones se resuelven en la mayoría de los casos con tratamiento médico o endoscópico pero, en ocasiones, pueden precisar cirugía. En casos muy excepcionales, la dilatación 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: .....  
.....
- ▶ Autorizo al equipo médico a modificar la técnica endoscópica programada si en el momento del acto endoscópico surgiera algún imprevisto.
- ▶ 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 SUPERIOR.**

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