



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA COLOCACION O RETIRADA
DE PRÓTESIS EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**



DON/DOÑA..... DE..... AÑOS DE EDAD
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

CON DOMICILIO EN Y D.N.I. Nº.....

DON/DOÑA DE AÑOS DE EDAD Y D.N.I. Nº
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL)

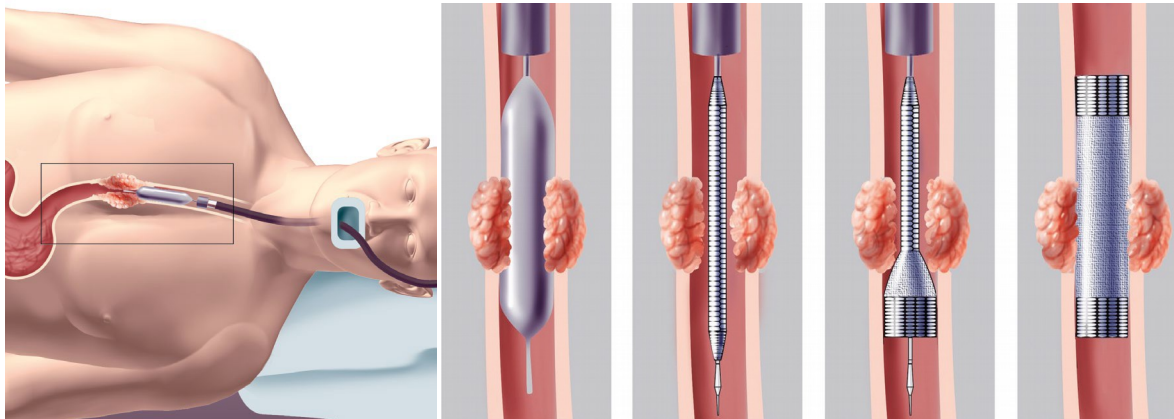
EN CALIDAD DE (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) DE
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DECLARO que:

EL DOCTOR/A.....
(médico que indica exploración y/o facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLOCACIÓN O RETIRADA DE PRÓTESIS EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**. Y se me ha hecho entrega de este documento con la información adecuada que he podido o podré confirmar y contrastar con el especialista o con el endoscopista en consulta (previa cita) o antes de la endoscopia. Con ello he podido entenderlo todo y aclarar mis dudas. A su vez me han proporcionado el teléfono 915783817 (L mañana y tarde, M tarde, J mañana y V mañana y tarde) para dudas relacionadas con la COLOCACIÓN DE LA PRÓTESIS y la sedación y el 603607944 (Secretaría) para temas administrativos.

1. El propósito principal de la el restablecimiento del tránsito digestivo, mediante la colocación en el interior del esófago, estómago o intestino de una prótesis allí donde hay un proceso inflamatorio, tumoral o fibroso que estenose la luz. En los casos en los que la colocación de la prótesis sea provisional, posteriormente se deberá proceder a su extracción mediante idéntica técnica. Comprendo que el objetivo de esta técnica no es curativa, sino paliativa.



2. Con el paciente habitualmente acostado sobre su lado izquierdo, se introduce a través de la boca un endoscopio flexible con una cámara en su extremo, que permite la colocación de la prótesis. El médico me ha explicado que las prótesis son mallas cilíndricas de material plástico o metálico comprimidas en delgados dispositivos de longitud variable. El material que los conforma tiene "memoria" de tal manera que, al retirar suavemente una funda de plástico que envuelve la prótesis, se expande, recuperando la prótesis su diámetro máximo; de esta forma, al liberarse en el tracto digestivo, habitualmente en segmentos estrechos, ejercen una presión auto-expansiva aumentando el diámetro de la luz digestiva. En algunas circunstancias, las prótesis son colocadas para cerrar orificios de la pared del esófago o comunicar una cavidad con otra. En estos casos, las prótesis presentan un recubrimiento plástico. En función de cada caso se utilizarán prótesis que pueden ser retiradas al cabo de un tiempo o prótesis permanentes,

3. Igualmente el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son la dilatación endoscópica, la aplicación de sustancias que destruyan el tejido que obstruye o bien el tratamiento quirúrgico. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicados en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.

4. También he sido informado y comprendo que el procedimiento puede requerir una estancia hospitalaria mínima de 24 horas. Dado que la técnica endoscópica precisa inyección de aire o CO2, puede ser habitual que presente distensión abdominal que, por lo general, cesa a las pocas horas. Igualmente me han informado que es frecuente la aparición de dolor torácico o abdominal en la zona de expansión de la prótesis que suele durar unas horas o días y que debe ser tratado con analgésicos. Durante los primeros días deberé tomar alimentos líquidos o blandos.

5. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden aparecer complicaciones. Estas varían según su localización. Es habitual que durante las primeras horas o días aparezca dolor debido a la expansión de la prótesis, que se trata con analgesia oral. Con menor frecuencia, reflujo ácido esofágico, neumonía, infecciones, hemorragia, desplazamiento de la prótesis, obstrucción por crecimiento de la lesión, fístulas, perforación, úlceras y crecimientos de tejidos por presión de la prótesis. Algunas de estas complicaciones pueden solucionarse con un nuevo tratamiento endoscópico, pero otras pueden requerir tratamiento quirúrgico. En casos muy excepcionales, la colocación de una prótesis en esófago, estómago o intestino delgado puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones. Se me ha explicado que en ciertos casos el procedimiento puede no lograr el resultado deseado y que en algunos casos pueden reaparecer las lesiones tratadas.

6. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia general, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.

7. 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 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 pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

8. Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o, de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada. Acepto que el procedimiento pueda ser anulado o suspendido en el último momento, en caso de que el médico endoscopista considere no asumible el riesgo en mi caso.

9. 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.

10. Para documentar la exploración, además del informe endoscópico, en ocasiones se toman imágenes (fotos o vídeos) de los hallazgos endoscópicos. Las imágenes pueden emplearse con fines docentes de difusión del conocimiento científico, siempre de forma confidencial y preservando el anonimato del paciente, excepto que usted no autorice expresamente su uso.

11. 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 comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

CONSENTIMIENTO

Que se me realice un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**.

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE

Madrid, de de

REVOCACIÓN

Don /Doña

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me realice una **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE COLOCACIÓN O EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR** y no deseo proseguir con el tratamiento que doy en esta fecha por finalizado.

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE

Madrid,de.....de.....

NO consiento el uso de las **IMÁGENES** endoscópicas tomadas para uso científico/docente.

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE

Madrid..... de..... de.....

Sus datos personales y de salud serán incorporados a un fichero custodiado por UNIDIGEN SLP, de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, de 5 de diciembre. El titular de los datos personales podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, y de revocación del consentimiento, en los términos previstos en la normativa vigente.