

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PROCEDIMIENTO DE DILATACION Y PROTESIS DEL TRACTO DIGESTIVO INFERIOR**

**Sra./Sr. Paciente, si Ud. desea ser informado lea atentamente el presente documento y aclare sus dudas antes de firmarlo con su médico tratante, ya que contiene información importante para su salud.-**

Mediante este documento, usted o su representante legal autorizado por Ud., otorga su consentimiento para la que se lleve a cabo el estudio de Dilatación y/o Colocación de Prótesis, autorizando al médico tratante, y equipo de profesionales que lo asiste a realizar la prestación propuesta.-

**EN QUÉ CONSISTE:** Se utiliza para la dilatación de una zona estrecha del colon bajo control visual a través del colonoscopio, a fin de asegurar el tránsito intestinal. Puede ser el paso previo para la realización de otra actuación terapéutica (colocación de prótesis, fulguraciones, etc.)

La colocación de prótesis es también una técnica endoscópica y a veces ambas son complementarias ya que en ocasiones previo a la colocación de la prótesis puede ser necesaria la dilatación de la zona estenótica del colon. Consiste en la colocación, con control endoscópico, de un tubo o prótesis en una zona estrecha del colon con la finalidad de asegurar el paso del material fecal a través de ella de forma provisional o definitiva.

**CÓMO SE REALIZA:** La exploración se realiza con el paciente acostado sobre su lado izquierdo. Se introduce el colonoscopio por vía anal hasta llegar a la zona donde se encuentra la estrechez, donde se actúa con balones que producen rotura de fibras musculares de la zona, permitiendo a los médicos el paso del endoscopio. No obstante, a veces, y según la causa de la estenosis, se precisa de la colocación de una prótesis que asegure de forma provisional o definitiva el paso del material fecal a su través. En ocasiones puede realizarse con control endoscópico y radiológico combinado.

**ANESTESIA:** Usted no percibirá ningún tipo de molestias debido a que se encontrará bajo los efectos de la anestesia durante todo el procedimiento. Cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones durante o después de la cirugía, lesiones y en modo infrecuente la muerte.-

Autorizo y requiero que los profesionales actuantes las realicen basados en su juicio profesional, incluyendo procedimientos de anatomía patología (biopsias), radiografías, transfusiones de sangre, etc. Esta autorización se extiende para remediar condiciones desconocidas por el médico en el momento de comenzar la operación.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:** Seguro que los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que sea practicada ya que si no se realiza podría sufrir una obstrucción intestinal. Si aparecieran complicaciones, se dispone de los medios necesarios para tratar de resolverlas.

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:** La única opción sería la cirugía con los riesgos sobreañadidos que ello conlleva.

**QUÉ RIESGOS TIENE:** Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

**LOS MÁS FRECUENTES:** Con cierta frecuencia puede ocasionar molestias como dolor o distensión (inflamación) abdominal

**LOS MÁS GRAVES:** Pocas veces pueden presentarse efectos indeseables como hemorragia, perforación, infección, aspiración, e hipotensión. Excepcionalmente se dan otras complicaciones, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebro Vascular Agudo) y reobstrucción. Pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

**Alergias a medicamentos:** Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados. Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: Pueden tener más riesgo de hemorragia. Se deben tomar precauciones al respecto. Por otra parte, puede ser necesario corregir la coagulación sanguínea mediante transfusión de plasma o plaquetas si está alterada.

**Embarazo:** En ocasiones, sobre todo si se va a colocar una prótesis, puede ser necesario emplear rayos X que pueden dañar al feto. En caso de embarazo se debe recurrir a otras alternativas o planificar correctamente la técnica.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo en el caso de aparición de complicaciones.

Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

1.-Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que aunque el profesional tratante me ha informado adecuadamente de los resultados deseados de la operación, **NO SE ME HA GARANTIZADO LA OBTENCION DE LOS MISMOS.-**

2.-Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después de la cirugía, siendo ese material de mi propiedad, no pudiendo ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas con propósitos médicos y/o educacionales, salvo autorización expresa y siempre que no se revele mi identidad en las imágenes.

3.-Me comprometo a cooperar en el cuidado y evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente con la preparación médica previa al estudio y las indicaciones dadas por los profesionales intervinientes hasta que posea el alta médica definitiva.-

4.- Informare fehacientemente a los médicos sobre cualquier novedad, cambio o traumatismo que pudiera interferir en el desarrollo normal del procedimiento endoscópico.-

**Se me ha explicado con detenimiento que el presente consentimiento puede ser revocado hasta el momento previo de la realización del procedimiento.-**

Como consecuencia del proceso de información verbal y el contenido en el presente documento, la firmante declara que ha comprendido las explicaciones médicas dadas acerca del procedimiento de la endoscopia a realizar, como también consultado sus dudas, explicadas satisfactoriamente por el médico tratante, por lo que Ud. decide asumir los riesgos informados, incluso los poco frecuentes que no están expresos en este documento y se informaron en forma verbal.-

**Sra./Sr. paciente si tiene alguna duda antes de firmar vuelva a consultar a su médico para que aclare las mismas.-**

Fecha: ...../...../.....

\*

Nombre y Apellido

Firma

DNI

Firma y aclaración del Medico

\* Si el paciente es menor de 16 años de edad además debe firmar el padre, madre o tutor.-

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento otorgado en fecha ..... y no realizaré el procedimiento endoscópico por el médico tratante, el que doy por finalizado en el día de la fecha. Mendoza ..... de ..... de 20.....

.....  
Firma del paciente o representante  
Apellido Nombre DNI

.....  
Firma del Medico