

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROCEDIMIENTO DE VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA**

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 Video Capsula Endoscopica, autorizando al médico tratante, y equipo de profesionales que lo asiste a realizar la prestación propuesta.-

EN QUÉ CONSISTE: es la filmación del intestino delgado mediante una microcámara de vídeo que se traga como un comprimido, y a la que denominamos concretamente video cápsula. Sirve para el diagnóstico de enfermedades del intestino delgado. No sirve para la toma de biopsias ni para hacer tratamientos.

CÓMO SE REALIZA: La técnica exige que el paciente de pie o sentado, directamente o con algún tipo de ayuda, trague la cápsula. Las imágenes son transmitidas por ondas a unos sensores adheridos a la piel del abdomen o situados en un cinturón especial. Están conectados a un sistema de grabación, que almacena todas las imágenes. Finalizada la exploración, habitualmente transcurridas más de ocho horas, se conecta a una estación de trabajo que permitirá el procesamiento de todos los datos. La cápsula es desechable y será excretada de forma natural por los movimientos intestinales. Se le pedirá que guarde ayuno desde la noche anterior y que el día previo sólo tome dieta líquida y en ocasiones un purgante. Tras un breve período de observación después de la ingestión de la cápsula podrá abandonar el hospital y realizar sus actividades normales. Transcurrido el tiempo establecido, acudirá de nuevo a la consulta para que se le retire el cinturón con el grabador.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ: Durante la exploración la tolerancia es por lo general muy buena presentando sólo las molestias derivadas de portar la grabadora de imágenes.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:Permitirá el estudio del intestino delgado evitando la necesidad de otros tipos de exploración más invasivas y por lo tanto de mayor riesgo para usted.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Actualmente existe la posibilidad de utilizar algunos endoscopios más largos que los habituales (enteroscopios) que permiten la visualización endoscópica de porciones más lejanas. Esta exploración permite la toma de biopsias pero es más molesta y laboriosa y es de una eficacia limitada. A veces, se requiere una intervención quirúrgica si se pretende ver todo el intestino delgado. Técnicas radiológicas como el tránsito intestinal o la TAC abdominal y Resonancia Magnética pueden ofrecer información sobre el intestino delgado.

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: Pueden presentarse efectos indeseables aunque excepcionales, como dificultad para la ingestión de la cápsula, dolor abdominal y vómitos.

LOS MÁS GRAVES: La más importante es la obstrucción intestinal provocada por la existencia de una estrechez en la luz del intestino o, en menor medida, la retención de la cápsula por la imposibilidad de la evacuación con la defecación. En esta situación es necesaria una enteroscopia o una intervención quirúrgica para extraer la cápsula, solucionando en muchas ocasiones la enfermedad que motivó la realización del estudio. La ausencia de lesiones en el estudio radiológico con bario no asegura que la cápsula progrese correctamente.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Ser portador de marcapasos.

En el caso de presentarse complicaciones, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo.

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 Médico

* 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 Médico