

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA COLOCACION DE PROTESIS ESOFAGICA-GASTRICA O ENTERAL**

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 dos 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)

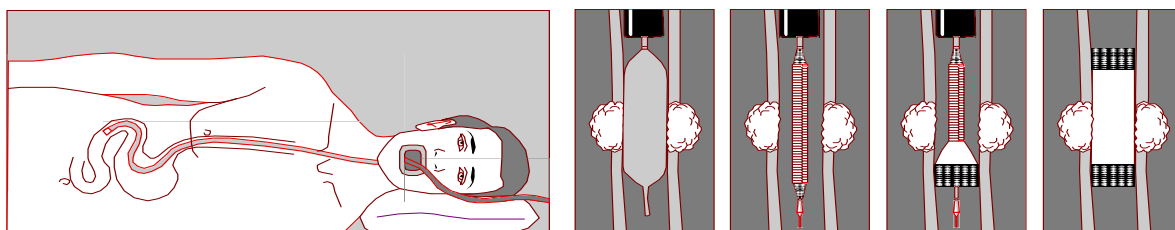
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una COLOCACION DE PROTESIS ESOFAGICA GASTRICA O ENTERAL.

1.- Técnica que pretende la colocación en el interior del esófago, estómago o intestino delgado de un tubo o prótesis como tratamiento de una estenosis benigna o maligna, o de fístulas (comunicaciones ) del esófago, estómago o intestino delgado con la vía aérea, u otra zona vecina del tubo digestivo de manera que se asegure la alimentación de forma provisional o definitiva. La intención de este tratamiento es paliativa y no curativa de la lesión.

La técnica se realiza con control endoscópico, y a veces radiológico, con el fin de asegurar la colocación adecuada de la prótesis.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria, la sedación, la anestesia general con o sin intubación de la vía aérea y/o la utilización de un anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia general y de la anestesia tópica.

3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) se introduce el endoscopio, con ayuda de un abre bocas, a través de la cavidad oral, progresando hasta la visualización de la lesión donde, en ocasiones tras dilatación previa de la misma, se coloca la prótesis que asegure el paso del alimento a través del esófago, estómago o intestino delgado.



4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión y dolor abdominal hemorragia, perforación, neumomediastino, infección, aspiración bronquial, hipotensión, dolor, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento

médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad. También puede producirse la reobstrucción o migración de la prótesis.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada ..... ) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como .....

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

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

### CONSIENTO

que se me realice una **COLOCACION DE PROTESIS ESOFAGICA-GASTRICA O ENTERAL.**

En....., a .....

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### 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 dos 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

Fdo: El representante legal, familiar o allegado