

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE SUTURAS ENDOSCÓPICAS

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)

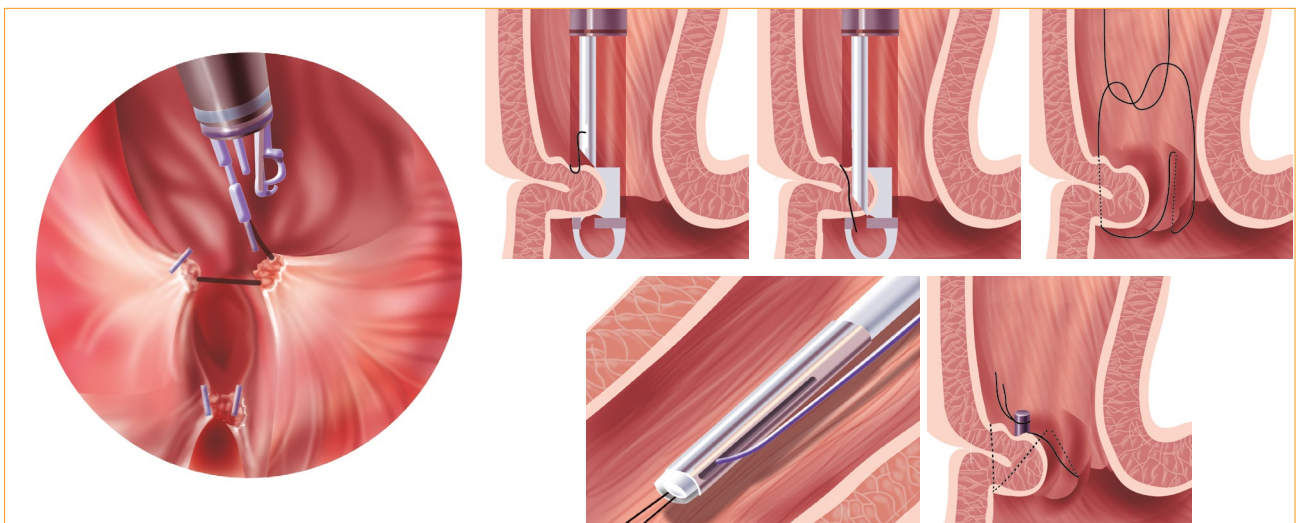
## DECLARO

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 **APLICACIÓN DE SUTURAS ENDOSCÓPICAS**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es la curación de lesiones, fugas, orificios y/o perforaciones que se hubieran podido producir en el tracto digestivo, mediante la colocación de suturas.
- ▶ He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que esta técnica consiste en introducir un endoscopio flexible por la boca que lleva una cámara de vídeo, que tiene integrada una aguja y unos hilos de sutura, lo que permite cerrar orificios o modificar la estructura interna de un defecto o un órgano. Se colocan tantos puntos de sutura como pueda exigir el tipo de lesión.



- ▶ El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son el tratamiento quirúrgico o el tratamiento médico conservador. 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 indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
- ▶ También he sido informado y comprendo que tras realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO<sub>2</sub>; por lo general, este aire se expulsa

en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Por lo general, permaneceré ingresado en observación hasta que me encuentre recuperado.

- ▶ Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o complicaciones. El efecto secundario más frecuente es la molestia en la garganta y el dolor abdominal. Otros efectos secundarios más raros son: reacción alérgica, flebitis, enfisema subcutáneo (aire que se desliza por debajo de la piel), hipotensión, aspiración bronquial. Más infrecuentemente se puede producir hemorragia. La hemorragia digestiva puede ocurrir durante la operación o de forma retardada, al cabo de unos días. En el primer caso se puede resolver mediante electrocoaguladores mientras que, la hemorragia retardada requiere una nueva endoscopia para identificar y tratar el punto de la hemorragia. La perforación diferida o inmediata es otra complicación, pero cuando ocurre una perforación puede acompañarse de infecciones graves que dependerán del lugar anatómico en que se produzca. Estas complicaciones pueden obligar a tratamiento médico o quirúrgico. En casos muy excepcionales, la aplicación de suturas endoscópicas 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: .....  
.....
- ▶ Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica endoscópica programada.
- ▶ 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 **APLICACIÓN DE SUTURAS ENDOSCÓPICAS.**

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