

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

### PROCEDIMIENTO

La **cápsula endoscópica** es un dispositivo diseñado para el estudio de la pared del intestino delgado a través de la ingestión de una cápsula que recorre el tubo digestivo recogiendo imágenes del mismo. Las imágenes son transmitidas a unos sensores adheridos a la piel del abdomen y que están conectados a un aparato de registro que se transporta en un cinturón y que almacena todas las imágenes a lo largo de ocho horas. La cápsula es desechable y será excretada de forma natural por los movimientos intestinales.

### RIESGOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como obstrucción de la vía aérea, dolor abdominal, vómitos u obstrucción intestinal, y otros excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), que pueden ser graves, así como un riesgo mínimo de mortalidad. En el caso poco frecuente de que la cápsula no excrete de forma natural, ésta deberá ser extraída mediante endoscopia o cirugía.

Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes o problemas relacionados con la deglución (dificultad al tragar), cirugía abdominal previa o episodios anteriores de obstrucción intestinal. Es necesario conocer la existencia 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.

### ALTERNATIVAS POSIBLES:

Enteroscopia, aunque esta exploración es molesta y laboriosa, teniendo también sus riesgos.

## CONSENTIMIENTO

PACIENTE D./Dña. ....  
(Nombre y dos apellidos, nº DNI y nº historia clínica) .....

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña. ....  
(Nombre y dos apellidos, nº DNI) .....

### DECLARO:

Que el Dr./Dra. ....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **ENTEROSCOPIA POR CAPSULA ENDOSCOPICA**.

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 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 de la exploración**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **ENTEROSCOPIA POR CAPSULA ENDOSCOPIACA**

En Guadalajara, a (fecha) .....

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

**EL SIGUIENTE RECUADRO SÓLO DEBE RELLENARLO SI *NO* DESEA REALIZARSE LA PRUEBA**

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha ..... **revoco el consentimiento** prestado para la realización del estudio con cápsula endoscópica.

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación de carácter con el que interviene (madre, padre, tutor, etc.).

Nombre del representante legal

Firma del representante legal

D.N.I.