



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La dilatación endoscópica es una técnica consistente en la dilatación de un área que se encuentra estrecha a nivel del tubo digestivo (habitualmente esófago o colon). Dicha estrechez puede ser 2ª a procesos benignos (lo más frecuente) o malignos. Su médico le explicará cual es el motivo en su caso.

Habitualmente esta prueba se realiza bajo sedoanalgesia intravenosa, salvo que tenga una enfermedad de base que lo desaconseje. Por ello, se le cogerá una vía intravenosa en un brazo para administrar dicha medicación. Posteriormente se introducirá el endoscopio (GastroscoPIO o colonoscopia), hasta el área de la estrechez, a través del cual se introduce un balón, que se hincha progresivamente hasta obtener el calibre deseado. Al finalizar, se le mantendrá en observación en el área de endoscopias para descartar complicaciones, salvo que haya sido una dilatación compleja o se sospeche la existencia de alguna complicación, en cuyo caso precisará ingreso hospitalario, habitualmente 24-48 horas.

PREPARACIÓN

Previamente a la realización de la prueba, deberá realizar la *preparación habitual de la gastroscopia o colonoscopia* (dependiendo de cual sea la localización), según se le indicará al solicitar la prueba.

Como en cualquier endoscopia, deberá realizar **AYUNO ABSOLUTO, INCLUIDO LIQUIDOS**, al menos 6 horas antes, aunque, si se sospecha la presencia de retención alimentaria, dicho ayuno deberá ser más prolongado, siendo conveniente en dichos casos la realización de dieta líquida 24 horas antes de la prueba.

Como se ha comentado previamente, la prueba se realiza bajo sedación, por lo que **DEBERÁ VENIR ACOMPAÑADO**, ya que, aunque se irá andando tras un breve periodo de observación, no deberá realizar actividades peligrosas (p.e. conducir) durante 24 horas.

Deberá aportar un **ESTUDIO ANALÍTICO RECIENTE**, incluyendo estudio de coagulación. Si está realizando tratamiento con anticoagulantes (SINTROM, HEPARINA) o antiagregantes, deberá suspenderlos previamente, según le indique su médico habitual.

Los pacientes con riesgo de endocarditis (valvulopatías, prótesis, episodios previos...) deberán realizar profilaxis antibiótica previa a la realización de la prueba. Si no la hubiera realizado, se administrará dicha profilaxis vía intravenosa en el Sº de endoscopias.

RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA TÉCNICA

La eficacia de esta técnica es superior al 80%, si bien es muy frecuente que sean precisas varias sesiones (entre 1-4) para conseguir dicho objetivo, aunque en aproximadamente un 20% de los casos puede no conseguir el objetivo a pesar de una adecuada realización. En aproximadamente un tercio de los pacientes puede haber reestenosis del área dilatada, habitualmente durante el primer año, que obligue a la realización de nuevas sesiones de dilatación.

A pesar de la adecuada realización de la técnica pueden aparecer complicaciones, derivadas de las enfermedades de base del paciente o específicas del procedimiento. La más severa es la aparición de una *perforación* (rotura) de la pared del tubo digestivo que se ha dilatado, que aparece en 0.1-2.6% de los casos (dependiendo de la causa de la estrechez), pudiendo resolverse con tratamiento conservador (ingreso, dieta, sueros y antibióticos) o precisar tratamiento quirúrgico, con una mortalidad de en torno al 1%.

Otras complicaciones menos frecuentes y severas son: *sangrado* en el punto de dilatación, que habitualmente cede espontáneamente o con tratamiento endoscópico, o *fiebre*, 2ª al paso de bacterias a la sangre, que habitualmente cede espontáneamente o con antibióticos.

ALTERNATIVAS

Como alternativa la dilatación se puede realizar mediante cirugía, aunque es preferible reservar dicha opción para los pacientes en que no se pueda dilatar endoscópicamente.

CONSENTIMIENTO

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° 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 **DILATACIÓN 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 **DILATACIÓN ENDOSCOPICA** y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos como terapéuticos que sean aconsejables durante la misma.

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

REVOCAION

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL