

## Consentimiento informado para realizar un tratamiento endoscópico del divertículo de Zenker

Nº de historia .....

D/Dª.....de.....años de edad.  
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en .....y DNI nº:.....

D/Dª.....de.....años de edad.  
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en .....y DNI nº:..... en Calidad

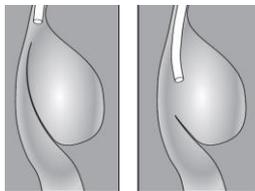
de .....de.....  
(representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos del paciente)

### Declaro

Que el Doctor/a .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a un TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTICULO DE ZENKER.

1. Es una técnica endoscópica que destruye el tabique que separa la luz esofágica de la del divertículo de Zenker (dilatación sacular de la pared de la unión faringo-esofágica), para facilitar el paso de los alimentos y secreciones a través de la porción alta del tubo digestivo.
2. El procedimiento se realiza siempre con indicación del médico especialista, puede hacer recomendable la sedación y frecuentemente la anestesia general con intubación. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación y de la anestesia general.
3. Con el paciente habitualmente de decúbito (acostado sobre su lado izquierdo, se introduce el endoscopio con la ayuda de una abrebocas, a través de la cavidad oral hasta objetivar el divertículo de Zenker y la luz esofágica. En ocasiones se utiliza un sobretubo para facilitar la visualización del tabique que separa el divertículo de la luz esofágica y una sonda naso-gástrica para objetivar con facilidad en todo momento la luz del esófago. A continuación con la ayuda de un bisturí eléctrico se procede a cortar el tabique que separa el divertículo del esófago.
4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, perforación, infección o sepsis, mediastinitis, aspiración bronquial, distensión y dolor abdominal, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis, o excepcionales como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular agudo), daño dentales y subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.



5. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencias, puede ser necesaria su realización sin estar el paciente en ayunas. 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 (**aspirinas, 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 tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informará 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 un TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTICULO DE ZENKER y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsias, citología y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o foto coagulación, colocación de bandas elásticas prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma.

En ....., a ..... de ..... de ..... (lugar y fecha)

.....  
Fdo. EL PACIENTE

.....  
Fdo. EL MÉDICO  
Nº de Colg.....

.....  
Fdo. REPRESENTANTE LEGAL

### Denegación o revocación

D/Dña. ....de.....años de edad.  
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en .....y DNI nº.....

D/Dña. ....de.....años de edad.  
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en .....y DNI nº.....

En calidad de.....  
(Representante legal, familiar o allegado)

de.....  
(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 .....de.....de..... (lugar y fecha)

.....  
Fdo.: EL PACIENTE

.....  
Fdo.: EL MÉDICO  
Nº de Colg:.....

.....  
Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL