

## Consentimiento informado para el tratamiento endoscópico de varices esofágicas con bandas elásticas o lazos

Nº de historia .....

D/D<sup>a</sup>.....de.....años de edad.  
*(nombre y dos apellidos del paciente)*

Con domicilio en .....y DNI nº:.....

D/D<sup>a</sup>.....de.....años de edad.  
*(nombre y dos apellidos del representante legal)*

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

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

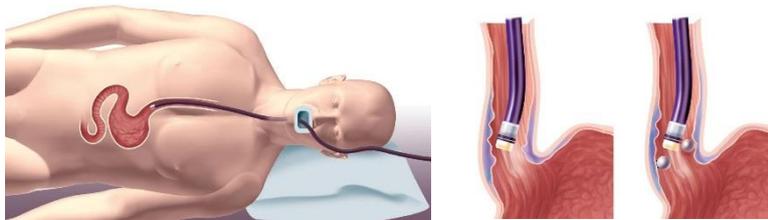
### Declaro

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

Me ha explicado que:

Padezco una enfermedad denominada **VARICES ESOFÁGICAS** y me ha informado que pudiera ser recomendable proceder, en mi situación, a un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE VARICES ESOFÁGICAS CON BANDAS ELÁSTICAS O LAZOS**.

- El propósito principal de la técnica es la erradicación de varices esofágicas (por sangrado activo o de forma electiva) para evitar el riesgo de hemorragia digestiva.
- He sido informado que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que esta técnica endoscópica diseñada para la erradicación de las varices esofágicas, ya sea de urgencia por sangrado activo o de forma electiva. Cuando se aplican sobre varices esofágicas, se coloca un dispositivo que contiene múltiples bandas de goma fijado a la punta de endoscopio. Las varices a tratar se succionan y las bandas se liberan en la base de las varices, estrangulándolas. En pocos días se desprenden, quedando una escara. Esta escara o úlcera cicatrizará poco a poco.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como la inyección de sustancias esclerosantes que encogen las varices (fibrosis), fármacos que disminuyen el flujo de sangre por las varices, realización de derivaciones internas de las vanas esofágicas mediante el control radiológico o una intervención quirúrgica. 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, dado que la técnica endoscópica se practica con la inyección de aire o CO<sub>2</sub>; puede ser habitual que presente inicialmente distensión abdominal que, por lo general, cesa a las pocas horas. Igualmente me han informado que es frecuente la aparición de dolor torácico en la zona de la ligadura que suele durar igualmente unas horas. Durante los primeros días deberé tomar alimentos líquidos o blandos.
- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de complicaciones; las más frecuentes son: dolor torácico, náuseas o fiebre, que suelen durar pocas horas o días y ceder con tratamiento médico. Más raras son: las hemorragias cuando se desprende la escara de la cicatriz, la dificultad de tragar, estas complicaciones pueden precisar nuevos procedimientos para detener

- la hemorragia o dilatar las estrecheces. En casos muy excepcionales, el tratamiento endoscópico de varices esofágicas mediante bandas elásticas pueden 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 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 los 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.

**DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE VARICES ESOFÁGICAS CON BANDAS ELÁSTICAS O LAZOS.**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
D.N.I.	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN**

<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b>	<b>MÉDICO:</b>
D.N.I.	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_