



**Hospital Universitario  
de La Princesa**

 **Comunidad de Madrid**

***UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO***

***DOCUMENTO  
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL  
DIVERTÍCULO DE ZENCKER DE LA UED***

***EDICIÓN 01***

**Revisado:**

**Dr. J.A. Moreno Monteagudo  
Responsable de la UED y  
Responsable de Calidad**

**Dr. C. Santander Vaquero  
Jefe de Servicio de  
Aparato Digestivo**

**Fecha: 02/03/2015**



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA**  
Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Endoscopias. Planta 3ª. Tfno: 915202250

**Identificación del facultativo solicitante:**

**NOMBRE Y APELLIDOS  
CIAS Y N° COLEGIADO  
CENTRO PROC Y ESPECIALIDAD**

**Identificación del paciente:**

**NOMBRE Y APELLIDOS  
NSS  
NHC**

**Indicación de la Exploración:**

**URGENTE**       **PREFERENTE**

**1. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE.**

**¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?**

El divertículo de Zenker es una bolsa que se forma en la unión entre la faringe y el esófago que dificulta el paso de los alimentos y secreciones a través de la porción alta del tubo digestivo.

El TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER destruye el tabique que separa la luz esofágica de la del saco diverticular y de este modo se facilita el paso de los alimentos y secreciones por el tubo digestivo.

Para realizarla, es necesario localizar la zona mediante un endoscopio que se introduce con la ayuda de un abrebocas atravesando la cavidad oral hasta objetivar el divertículo y la luz esofágica (generalmente se usa un gastroscopio, que es un tubo flexible de unos 10 mm de diámetro y 100 cm de longitud). El endoscopio va por dentro de un sobretubo de material plástico que sirve para facilitar la visualización del tabique de separación del divertículo. A continuación con la ayuda de un bisturí eléctrico se procede a cortar dicho tabique.

Este tratamiento no suele producir ningún dolor.

Para la exploración el paciente debe realizar la preparación que se le ha indicado, tal y como se detalla en el anexo correspondiente al final de este Documento y, además, se precisa ingreso hospitalario. Antes de pasar a la exploración se quitará todos los objetos metálicos (reloj, anillos, pulseras, etc.). En la mayoría de las ocasiones la posición del paciente durante la exploración es en decúbito (acostado) lateral izquierdo.

La exploración tiene habitualmente una duración variable entre 30 y 45 minutos, pero dependiendo de la anatomía del paciente y de la complejidad del procedimiento terapéutico que haya que realizar puede ser preciso más tiempo.

**¿EN QUÉ CONSISTE LA SEDACIÓN?**

La exploración se realiza con diferente grado de sedación y frecuentemente con anestesia general e intubación orotraqueal. En el Hospital de La Princesa es responsabilidad de un especialista del Servicio de Anestesiología.

Por este motivo, junto a este Documento de Consentimiento Informado se debe adjuntar el correspondiente a la sedación que, al igual que el presente Documento, también debe ir correctamente cumplimentado y firmado por el paciente, o su representante legal, y por el facultativo solicitante.

La sedación se consigue mediante la administración de fármacos en la dosis adecuada para cada paciente, siendo el médico, junto al personal asistencial de la Unidad, el encargado de realizar y controlar el proceso de la sedación (el paciente está monitorizado durante todo el procedimiento). El propósito para este tipo de procedimientos es proporcionar un estado semiinconsciente, confortable sin dolor. No siempre es posible predecir el punto de transición entre la sedación moderada y la profunda o la anestesia general.

Se recomienda acudir acompañado a la realización de la prueba. Del mismo modo se recomienda también permanecer acompañado durante las siguientes doce horas, no pudiendo reincorporarse a las actividades habituales, según se le indique.



### ¿PARA QUÉ SIRVE LA EXPLORACIÓN?

Mediante la diverticulotomía endoscópica se libera el paso al esófago de alimentos y secreciones, mejorando los síntomas y ayudando a prevenir complicaciones como la aspiración e infecciones respiratorias de repetición. Esta técnica produce una mejoría variable en función de las características clínicas del paciente y puede requerir de nuevas intervenciones en un tiempo variable en caso de reaparición de los síntomas y según la evolución clínica.

En una pequeña proporción de casos podría no conseguirse el tratamiento perseguido por no visualizar la totalidad de las estructuras a tratar, por la existencia de defectos anatómicos o por una mala preparación (ausencia de ayuno y/o presencia de restos alimentarios), a pesar de haber realizado una técnica adecuada.

### ¿QUÉ CONSECUENCIAS IMPORTANTES PRODUCIRÁ LA INTERVENCIÓN?

Una vez retirado el endoscopio es habitual que note ligera hinchazón del abdomen, dolor torácico, náuseas, dolor de garganta y sentirá la necesidad de expulsar gases. También puede encontrarse adormilado durante unas horas.

### ¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes de cualquier enfermedad gastrointestinal que padezca o haya padecido el paciente (especialmente si ha habido alguna cirugía previa en la zona a tratar). También debe informar al médico que realizará la prueba sobre su vida basal, la presencia de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o de cualquier tipo, existencia de prótesis o marcapasos y medicaciones que esté tomando actualmente.

Tanto la exploración como la sedación suelen ser bien toleradas por el paciente.

El porcentaje de complicaciones es muy bajo y está en función de la finalidad terapéutica de la prueba, de posibles anomalías estructurales en el tubo digestivo que no sean conocidas, de la edad y estado de salud del paciente, de antecedentes de cirugías previas o de alguna contraindicación no conocida o no reseñada por el enfermo.

Aunque el riesgo de transmitir infecciones durante la exploración es excepcional, usted no podrá realizar donaciones de sangre en los 4 meses siguientes a la exploración.

**Riesgos frecuentes:** 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, dolor torácico, distensión abdominal, náuseas, vómitos y sensación de presión en el abdomen por la introducción de aire.

La hemorragia y la perforación del esófago, estómago o intestino delgado son complicaciones posibles durante la prueba. Estas complicaciones pueden requerir tratamiento urgente, e incluso una intervención quirúrgica.

Complicaciones como infecciones, paso de contenido gástrico al pulmón (aspiración) o hipotensión son más raras.

**Riesgos poco frecuentes:** las reacciones alérgicas a medicamentos o al sobretubo, la presencia de alteraciones del ritmo del corazón, una disminución de la respiración, un trombo o hemorragia cerebral o una parada cardiorrespiratoria, son complicaciones excepcionales graves que conllevan un riesgo de mortalidad.

Entre los poco frecuentes pero graves, cabe destacar además, dificultades en la punción de una vena, reacciones inesperadas a la sedación y descompensación de cualquier enfermedad que presente previamente.

**Riesgos específicamente relacionados con el paciente:** además de los riesgos anteriormente citados, pueden presentarse otras complicaciones en relación con sus circunstancias personales o por las enfermedades que padece.

### ¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?

Fundamentalmente mediante técnicas quirúrgicas que se le explican al paciente que suelen conllevar mayor morbi-mortalidad.

### ¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?

La no realización puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento.

### ATENCIÓN

**No se realizará ninguna exploración si este Documento no está correctamente cumplimentado y firmado el Consentimiento Informado por el paciente, o su representante, y por el facultativo solicitante.**

**Tampoco se llevará cabo ninguna sedación si no se aporta el Consentimiento Informado que se adjunta, o si éste no está correctamente cumplimentado y firmado.**

**Al estar siendo atendido en un Hospital de reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas de Aparato Digestivo, estos pueden participar activamente en su intervención, siempre debidamente tutelados por sus docentes.**

**También debe saber que, salvo que usted se niegue de forma explícita a ello, sus datos pueden ser utilizados con fines científicos sin permitir que se correlacionen con su identidad.**



**2. DECLARACIONES Y FIRMAS.**

**PACIENTE**

Yo, D./D<sup>a</sup>.

con DNI ....., en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el/la médico, Dr./Dr<sup>a</sup> ....., me ha explicado de forma satisfactoria, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración o intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir intervención quirúrgica, siendo la muerte una posibilidad remota, y que, al mismo tiempo, no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o/y terapéuticos previstos.

También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que por ello se menoscabe la atención médica prestada.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la paciente

**REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, D./D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., y domicilio en ....., calle ....., n<sup>o</sup> .....

en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el/la médico, Dr./Dr<sup>a</sup> ....., me ha explicado de forma satisfactoria, en virtud de la Ley General de Sanidad, qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir intervención quirúrgica, siendo la muerte una posibilidad remota, y que, al mismo tiempo, no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o/y terapéuticos previstos.

También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que por ello se menoscabe la atención médica prestada.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., dicha exploración/intervención.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la representante

**MÉDICO**

Yo, Dr./Dr<sup>a</sup>.

**he informado** a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención.

Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firma y n<sup>o</sup>. de colegiado: .....

LOCALIZADOR: NHC

FECHA

CÓDIGO BARRAS

DCI N<sup>o</sup>: N<sup>o</sup>

EDICIÓN 01

PÁGINA 3 de 5



SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

NOMBRE

**NEGATIVA A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Yo, D./D<sup>a</sup>. ....., con DNI .....,  
como paciente, o como representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito.  
He sido informado de las consecuencias de la suspensión del mismo pese a lo cual **quiero revocar el consentimiento** previamente otorgado.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la paciente el/la representante legal

Si Usted reconoce haber recibido una información adecuada y acepta que se le practique el procedimiento descrito, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique por favor, los motivos de esta decisión:

.....  
.....  
.....

**MÉDICO:**

Yo, Dr./Dr<sup>a</sup>.....  
**he informado** a este/a paciente , y/o a su representante legal de las consecuencias previsibles de su no realización.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firma y nº. de colegiado: .....

**TESTIGO:**

Yo, D./D<sup>a</sup>. ....., con DNI .....,  
declaro que el/la paciente, o su representante legal, D./D<sup>a</sup>. .....,  
pese a haber recibido una información adecuada, y habiendo dado en un principio su consentimiento para que se le practicara la exploración correspondiente, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, ha decidido libremente no realizar dicho procedimiento.  
Ha sido informado de las consecuencias de la suspensión del mismo pese a lo cual **quiere revocar el consentimiento** previamente otorgado.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la testigo



## INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE Y PREPARACION PARA LA REALIZACION DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA  
Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Endoscopias. Planta 3ª. Tfno: 915202250

### 1. OBJETO DE LA PREPARACIÓN:

Para una correcta exploración del tracto digestivo es precisa la ausencia de contenido en el mismo. De esta manera se evitan posibles repeticiones de las pruebas y se mejora el diagnóstico de lesiones y de su posible tratamiento. Por ello, recomendamos que siga rigurosamente las siguientes instrucciones.

Recordar que para realizar esta intervención se requiere ingreso hospitalario no inferior a 24-48 horas.

### 2. DOCUMENTOS PARA TRAER EL DÍA DE LA EXPLORACIÓN:

- Traiga leído y firmado el Consentimiento informado de la exploración (paciente y facultativo solicitante).
- Traiga leído y firmado el Consentimiento informado de la sedación (se adjunta aparte y también lo deben firmar el paciente y el facultativo solicitante).
- Traiga las últimas exploraciones radiológicas abdominales y endoscópicas a que se haya sometido.
- Traiga etiquetas identificativas.
- Al tratarse de una exploración programada con finalidad terapéutica, el facultativo solicitante de la exploración entregará al paciente una petición de análisis con hemograma y estudio de coagulación, que se realizará entre 24 y 48 horas antes del día de la prueba y que deberá traer (también se podrá realizar una vez ingresado el paciente).

### 3. MEDICACIONES:

- Si toma antiinflamatorios (aspirina, ibuprofeno, etc.) y/o antiagregantes plaquetarios (Adiro®, etc.) puede ser necesario suspenderlos en los 7 días previos a la exploración, consultando a su médico, si fuera preciso.
- Si fuera necesario suspender la toma de anticoagulantes (Sintrom®) los suspenderá al menos 5 días antes de la prueba y serán sustituidos por heparina según le indique el médico solicitante o su médico de cabecera.
- El día de la exploración tomará su medicación habitual salvo que su médico le indique lo contrario.
- Generalmente suele ser necesaria premedicación antibiótica para realizar la exploración que se le administrará durante la hospitalización.
- Si su médico considera que va a precisar premedicación antibiótica para realizar la exploración, por otros motivos ajenos a la propia prueba, deberá aportar el informe correspondiente.

### 4. DIETA:

Seis horas antes de la exploración:

- **Dieta absoluta. No debe tomar sólidos ni líquidos (ni agua). Sólo podrá tomar su medicación habitual que sea indispensable con una pequeña cantidad de agua.**

### 5. CASOS ESPECIALES DE PREPARACION:

Se lo indicará el médico solicitante.

### 6. CUIDADOS POSTEXPLORACIÓN:

Tras la exploración deberá permanecer ingresado en el Hospital un periodo no inferior a 24-48 horas, dependiendo de la complejidad de la exploración realizada. Conviene que esté acompañado al menos las primeras 12 horas. La reintroducción de la dieta oral se realizará a las 24 horas del procedimiento, siempre y cuando no existan contraindicaciones.

Si precisa algún cuidado específico o tomar alguna medicación en concreto, como puede ser el caso de antibióticos, se le explicará al paciente y a sus familiares o acompañantes de forma clara y concreta.

Una vez de alta, si tuviera síntomas como dolor abdominal o torácico que no desaparecen, sangrado o fiebre importantes u otros, acudirá a urgencias para valorar posibles complicaciones.