

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CÁPSULA ENDOSCÓPICA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica consiste en la ingestión de una cápsula endoscópica, un dispositivo pequeño, de unos dos centímetros y medio de largo por uno de ancho, que irá avanzando de manera natural por su tubo digestivo hasta ser expulsada con las heces. La cápsula contiene una pequeña cámara que toma fotografías del tubo digestivo, las cuales serán captadas por una grabadora de imágenes que usted llevará colgada en un cinturón. En caso de no poder ingerir la cápsula de manera natural, esta podría ser colocada mediante gastroscopia.

Será necesario permanecer de 8 a 12 horas con el cinturón mientras la cápsula va progresando por el tubo digestivo y registrando las imágenes. Durante este tiempo, podrá realizar una vida y actividades normales, aunque deberá seguir las recomendaciones dietéticas que se le proporcionarán.

La cápsula es desechable y será expulsada de manera natural por las heces, sin necesidad de recogerla.

Es una técnica mínimamente invasiva, sencilla y bien tolerada, que no requiere sedación.

La finalidad de la técnica es estudiar la pared del intestino delgado y grueso para diagnosticar enfermedades del tracto gastrointestinal con mayor facilidad.

En pacientes seleccionados, cuando se sospecha de estenosis sin compromiso del paso del intestino, a veces se coloca un dispositivo de prueba para comprobar si el paso intestinal es adecuado.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Mal funcionamiento de la cápsula, lo que impide tomar imágenes y requiere repetir la prueba. Esto puede ocurrir también por interferencias electromagnéticas (en pacientes monitorizados,...)
- Dolor abdominal, vómitos.
- Detención de la cápsula en la garganta o esófago.
- Paso de la cápsula a los bronquios en el momento de tragarla (muy excepcional).
- Retraso en la evacuación del estómago.
- Retención de la cápsula en una zona estrecha del intestino delgado, lo que puede producir obstrucción intestinal (muy excepcional).
- Extracción de la cápsula mediante endoscopia o cirugía, en caso de que no sea expulsada de forma natural (muy excepcional).

## RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

|                                     |  |                                     |   |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene   | <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> Obesidad   | <input type="checkbox"/> Hipertensión               |
| <input type="checkbox"/> Anemia     | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/> .....puede |  |                                     |   |

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

Esta técnica no tiene contraindicaciones absolutas.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Enteroscopia (técnica intervencionista).

## AUTORIZACIÓN PARA “CÁPSULA ENDOSCÓPICA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Fdo. Paciente:       | Fdo.: Dr./Dra.          |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº:<br>Servicio de |

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: