



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA MUCOMIOTOMÍA EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER**

DON/DOÑA.....DE.....AÑOS DE EDAD  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

CON DOMICILIO EN .....Y D.N.I. N°.....

DON/DOÑA ..... DE ..... AÑOS DE EDAD Y D.N.I. N° .....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL)

EN CALIDAD DE ..... (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) DE .....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

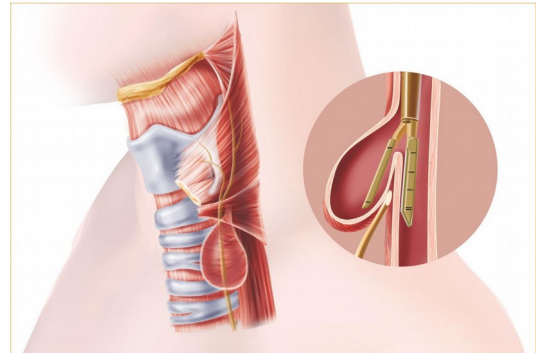
**DECLARO que:**

EL DOCTOR/A.....  
(médico que indica exploración y/o facilita la información)

me ha explicado que padezco una enfermedad denominada DIVERTÍCULO DE ZENKER y que es conveniente proceder, en mi situación, a una **MUCOMIOTOMÍA ENDOSCÓPICA (sección del septo) en dicho DIVERTÍCULO**. Y se me ha hecho entrega de este documento con la información adecuada que he podido o podré confirmar y contrastar con el especialista o con el endoscopista en consulta (previa cita) o antes de la endoscopia. Con ello he podido entenderlo todo y aclarar mis dudas. A su vez me han proporcionado el teléfono 915783817 (L mañana y tarde, M tarde, J mañana y V mañana y tarde) para dudas relacionadas con la mucomiotomía del Zenker y la sedación y el 603607944 (Secretaría) para temas administrativos.

1. El propósito principal de la técnica es intentar mejorar la deglución de alimentos y sintomatología asociada al divertículo de Zenker, también llamado divertículo faringoesofágico. Comprendo que hay que hacer una correcta preparación previa al procedimiento incluido el necesario ayuno, un análisis de coagulación y posiblemente una profilaxis antibiótica para lo que he recibido las instrucciones por escrito.

2. Con el paciente habitualmente acostado sobre su lado izquierdo, se introduce a través de la boca un endoscopio flexible con una cámara en su extremo para poder ver el divertículo de Zenker. Entonces, se identifica el tabique que separa el esófago y el divertículo y se procede a cortarlo mediante un instrumento que aplica un tipo de energía que secciona el tabique, hasta conseguir que se comunique el divertículo con la luz del esófago, lo que permitirá un paso más fácil de los alimentos.



3. El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son el tratamiento quirúrgico por cirugía abierta o mediante cirugía rígida de ORL. 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. Se me ha explicado que en ciertos casos el procedimiento puede no lograr el resultado deseado y que en algunos casos pueden reaparecer las lesiones tratadas.

4. También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO<sub>2</sub>; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, cediendo los síntomas. También pueden aparecer molestias y/o dolor en la garganta, que pueden durar horas y precisar la administración de analgesia. Una vez me haya recuperado por completo de estos síntomas y de los efectos de la sedación y/o anestesia, me darán el alta médica. En el caso de no encontrarme totalmente recuperado, permaneceré ingresado en observación. Durante los primeros días, deberé tomar alimentos líquidos o blandos.

5. Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o complicaciones. Efectos indeseables frecuentes y transitorios son: distensión y dolor abdominal, molestias en la faringe (garganta), fiebre, enfisema subcutáneo. Otros más graves son: hemorragia, perforación, infección de los tejidos alrededor del divertículo (grasa, mediastino, región cervical). Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento médico, antibiótico, prolongación de la estancia hospitalaria, tratamiento endoscópico o intervención quirúrgica. En casos muy excepcionales, la mucomiotomía endoscópica del divertículo de Zenker puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.

6. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia general, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.

7. 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 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 ....., pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

8. Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o, de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada. Acepto que el procedimiento pueda ser anulado o suspendido en el último momento, en caso de que el médico endoscopista considere no asumible el riesgo en mi caso.

9. 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.

10. Para documentar la exploración, además del informe endoscópico, en ocasiones se toman imágenes (fotos o vídeos) de los hallazgos endoscópicos. Las imágenes pueden emplearse con fines docentes de difusión del conocimiento científico, siempre de forma confidencial y preservando el anonimato del paciente, excepto que usted no autorice expresamente su uso.

11. 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. 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 esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

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 una **MUCOMIOTOMÍA ENDOSCÓPICA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER**.

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE

Madrid, ..... de..... de .....

## REVOCACIÓN

Don /Doña .....

**Revoco el consentimiento** prestado en fecha..... para que se me realice una **MUCOMIOTOMÍA ENDOSCÓPICA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER** y no deseo proseguir con el tratamiento que doy en esta fecha por finalizado.

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE

Madrid, .....de.....de.....

-  
**NO** consiento el uso de las **IMÁGENES** endoscópicas tomadas para uso científico/docente.

Fdo.: EL/LA MÉDICO

Fdo.: EL/LA PACIENTE

Fdo.: EL/LA REPRESENTANTE

Madrid..... de..... de.....

Sus datos personales y de salud serán incorporados a un fichero custodiado por UNIDIGEN SLP, de acuerdo con lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, de 5 de diciembre. El titular de los datos personales podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, y de revocación del consentimiento, en los términos previstos en la normativa vigente.