

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTEROSCOPIA CON DISPOSITIVO DE APOYO

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una técnica que permite diagnosticar enfermedades y tratar lesiones en el intestino delgado sin necesidad de cirugía abierta. Se pide después de haber realizado otras pruebas como gastroscopia, colonoscopia y cápsula endoscópica y no haber encontrado lesiones a estos niveles.

El intestino delgado es un órgano difícil de evaluar por su gran longitud y porque se encuentra a una considerable distancia de los puntos de acceso al tubo digestivo (boca y ano). Por ello, para acceder a él hace falta un dispositivo especial denominado enteroscopio (tubo flexible largo), con un sistema de iluminación y una cámara en su punta.

El procedimiento se realiza introduciendo el enteroscopio por la boca o por el ano. Si es preciso explorar la totalidad del intestino delgado es necesaria la utilización de las dos vías. El enteroscopio tiene un orificio por el que se pueden introducir instrumentos para realizar tratamientos como son: biopsias, extirpar pólipos, inyecciones, tratar lesiones sangrantes, dilatar zonas estrechas, retirar cuerpos extraños, etc.

Existen varios tipos de enteroscopios: de pulsión, de balón único o balón doble.

Es necesario estar en ayunas al menos 4 horas antes, y en caso de acceso por el ano, debe además haber realizado una preparación para limpiar el colon de heces.

La técnica se hace con sedación profunda y en ocasiones con anestesia general.

Durante la realización de la prueba se puede utilizar radiación ionizante para controlar la localización del enteroscopio y/o se puede introducir contraste yodado para ver algunas lesiones.

El médico me ha indicado la preparación recomendada antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, presencia de prótesis, o marcapasos.

La finalidad de la técnica es diagnosticar y tratar enfermedades del intestino delgado.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

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

- Dolor e hinchazón abdominal y/o dolor anal.
- Náuseas y/o vómitos, dificultad para tragar y expulsar gases
- Sangrado rectal leve.
- Perforación o rotura del intestino o bazo.
- Inflamación y/o infección del páncreas, cavidad abdominal o de los conductos hepáticos y biliares.
- Infecciones relacionadas con la introducción del enteroscopio.
- Sangrado intraabdominal durante la técnica o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.

- Íleo paralítico: el intestino puede quedar paralizado durante unas horas o algunos días después de la prueba.
- Neumonía (infección en los pulmones) por aspiración.
- Dolor torácico.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- Lesiones orofaríngeas: Roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.
- Problemas Cardiorrespiratorios: Alteraciones de la tensión arterial, ritmo cardiaco y disminución de la concentración de oxígeno en sangre sobre todo en relación con el grado y la duración de la sedación. Parada cardiorrespiratoria (muy excepcional).
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia respiratoria grave no controlada.
- Insuficiencia cardiaca inestable no controlada.
- Alteración grave de la coagulación no corregible.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía.
- Otras técnicas de imagen.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Digestivo

AUTORIZACIÓN PARA “ENTEROSCOPIA CON DISPOSITIVO DE APOYO”

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:

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: