

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS MEDIANTE ENDOSCOPIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en extraer cuerpos extraños del tracto digestivo, los cuales han sido introducidos de forma voluntaria o accidental por la vía oral o rectal.

El procedimiento se hace acostado sobre el lado izquierdo. Debe permanecer en ayunas al menos 4 horas antes.

Se introduce un tubo flexible (endoscopio), con un sistema de iluminación y una cámara en su punta, por la boca o por el ano, con el fin de visualizar la pared del esófago, estómago, duodeno, recto o colon y poder localizar el cuerpo extraño, las lesiones que haya podido producir y si es posible, proceder a su extracción con la ayuda de pinzas, asas o cestas.

En función de la técnica, de las características del paciente y de la duración de la misma, se puede realizar sin sedación, con sedación superficial, con sedación profunda o anestesia general. En algunos casos puede ser necesaria la colaboración de un especialista para realizar la sedación.

Cabe la posibilidad que durante la prueba haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

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 la extracción de cuerpos extraños del tracto digestivo y conocer las posibles lesiones que hayan podido producir.

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
- Dolor en la garganta o en el pecho.
- Sangrado rectal leve.
- Inflamación y/o infección del páncreas, cavidad abdominal o de los conductos hepáticos y biliares.
- Infecciones relacionadas con la introducción del endoscopio.
- Lesiones orofaríngeas: roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.
- Perforación en alguna parte del tracto digestivo o algún órgano vecino.
- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los fármacos empleados.
- Broncoaspiración (paso del contenido del estómago a los pulmones).

- De forma ocasional, puede emigrar el cuerpo extraño a la vía respiratoria con obstrucción de la misma en el intento de extracción por vía oral, lo que requerirá su extracción urgente por broncoscopio, pudiendo necesitar una traqueotomía (abertura en el cuello), ante fallo de extracción.
- Sangrado intraabdominal durante el procedimiento o tras el mismo, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- 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).
- Accidente cerebrovascular agudo.
- No poder realizar la extracción del cuerpo extraño.
- 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.

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. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS MEDIANTE ENDOSCOPIA”

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.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Digestivo

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: