

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DISECCIÓN DE SUBMUCOSA MEDIANTE ENDOSCOPIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en la extirpación en una sola pieza, de lesiones de gran tamaño que se encuentran en las capas superficiales (submucosa) del tracto digestivo inferior: colon y recto y del tracto digestivo superior: esófago, estómago y duodeno. Estas lesiones se analizan, ya que pueden ser precancerosas o presentar áreas con cáncer superficial, por lo que es necesario eliminarlas.

Para ello se introduce un tubo flexible (endoscopio) con un sistema de iluminación y una cámara en su extremo. En el tracto digestivo inferior el endoscopio se introduce por la boca (gastroscopio) y en el tracto digestivo superior, se utiliza un colonoscopio que se introduce por el ano.

Una vez alcanzada la lesión, se introduce a través del endoscopio un instrumento, para separar las capas superficiales donde está localizada la lesión, del resto de la pared profunda y se procede a su extirpación en bloque.

En algunos casos es posible precisar de una nueva cirugía para ampliar la resección, según el resultado de los análisis del tejido eliminado.

El procedimiento se hace con sedación y/o anestesia general. 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 eliminar las lesiones de las capas superficiales del tracto digestivo en bloque y evitar así el riesgo de reaparición de la lesión.

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:

Riesgos frecuentes:

- Náuseas y/o vómitos.
- Hinchazón y/o dolor abdominal.
- Sangrado rectal leve.
- Dificultad para tragar.
- Dificultad para expulsar gases.
- Dolor anal.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Lesiones orofaríngeas: Roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.
- Infecciones relacionadas con la introducción del endoscopio.
- Dolor torácico.
- Reacciones alérgicas a los fármacos empleados.

- Perforación de algún tramo del tracto digestivo o algún órgano vecino.
- Aspiración bronquial.
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).
- 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.
- Pancreatitis aguda (inflamación del páncreas).
- Colangitis y/o colecistitis (infección y/o inflamación de los conductos hepáticos y biliares).
- Estrechamiento del interior del órgano donde se realiza la disección a consecuencia de la cicatrización.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico o endoscópico. 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 “DISECCIÓN DE SUBMUCOSA MEDIANTE ENDOSCOPIA”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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 _____

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Firma del representante legal: | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº: |

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: