

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ECOENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en una técnica mixta, la cual utiliza la endoscopia y la ecografía.

Con ella se visualiza el interior de la pared del tracto digestivo, el interior del esófago, estómago, duodeno, recto y sigma, así como algunos órganos vecinos como son el mediastino, páncreas, vías biliares o ganglios linfáticos. Así se puede detectar la existencia de lesiones y la extensión de las mismas.

Se introduce por la boca un tubo flexible con un sistema de iluminación y una cámara (endoscopio), que lleva en su punta un aparato de ecografía, el cual se aproxima a la zona de la lesión se quiere tratar.

A continuación se pueden realizar algunos procedimientos como:

- Drenaje de quistes o acúmulo de líquido que estén en contacto con el tubo digestivo.
- Colocación de dispositivos de drenaje temporales (prótesis), que se retiran al cabo de unas semanas.
- Descompresión de la vía biliar con obstrucción.
- Inyección de agentes quimioterápicos o tratamiento térmico de lesiones tumorales.
- Neurolisis o bloqueo del plexo celíaco, para el dolor en pacientes con cáncer de páncreas y pancreatitis crónica.
- Embolización de várices gástricas, esofágicas o a otro nivel del tubo digestivo.

El procedimiento se hace con sedación y/o anestesia general. Es necesario que esté en ayunas al menos 4 horas antes de la prueba.

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 el diagnóstico y tratamiento de enfermedades tanto del tracto digestivo como del páncreas o las vías biliares, así como de otros órganos cercanos.

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:

- Náuseas y/o vómitos.
- Hinchazón y dolor abdominal.
- Lesiones orofaríngeas: Roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.
- Dolor torácico.
- Dificultad para tragar.
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).

- Infección relacionada con la introducción del endoscopio.
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Perforación de algún punto del tubo digestivo u órgano vecino.
- Pancreatitis (inflamación del páncreas).
- Colangitis (inflamación y/o infección de los conductos hepáticos y biliares).
- Broncoaspiración (paso del contenido del estómago a los pulmones).
- 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).
- Reacciones alérgicas o de intolerancia a los fármacos administrados.
- Accidente cerebrovascular agudo.
- 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. Otras alternativas a la técnica son:

- Radiología de intervencionismo (en casos concretos).
- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “ECOENDOSCOPIA INTERVENCIONISTA”

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: