

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REDUCCIÓN DE INVAGINACIÓN INTESTINAL**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

La invaginación intestinal es una patología en la que un segmento de intestino se desliza dentro de otro (como un telescopio cuando se pliega). Esto causa obstrucción intestinal, disminución del flujo sanguíneo en la zona afectada (isquemia) y puede provocar la necrosis (muerte) de ese segmento de intestino.

Es una patología propia de lactantes y niños sanos, cuya causa se desconoce.

Para que el niño no tenga dolor y esté tranquilo, primero se administra una medicación sedante y analgésica. El pediatra o anestesista serán los encargados de realizar y controlar todo el proceso de sedación y tratar las posibles complicaciones que se puedan producir.

Esta prueba no utiliza rayos X sino que se realiza con control ecográfico. Para ello se introduce suero templado por vía rectal mediante una sonda y se accede hasta la zona donde se ha producido la invaginación intestinal. A partir de ahí, con la ecografía, se controla que va reduciéndose y colocándose el intestino en su sitio.

A veces eso se consigue en un primer intento, pero pueden ser necesarios varios para lograrlo.

La reducción de la invaginación intestinal tiene como finalidad reponer el intestino a su situación normal, sin necesidad de cirugía.

### **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 abdominal.
- Vómitos.
- Sangrado rectal.
- Perforación intestinal. Es muy improbable, pero se puede producir en los casos en que el intestino está muy afectado por la falta de flujo sanguíneo.
- Peritonitis (inflamación del peritoneo).
- Shock (síndrome agudo que se caracteriza por una insuficiencia circulatoria generalizada que impide el correcto aporte de oxígeno a los tejidos).
- Que se reproduzca la invaginación.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven de forma espontánea. Aunque a veces hay que recurrir a tratamiento médico o 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

El procedimiento está contraindicado si existe complicación previa de la invaginación como:

- Perforación intestinal.
- Peritonitis.
- Shock (Insuficiencia circulatoria generalizada que impida el correcto aporte de oxígeno a los tejidos).

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Intervención quirúrgica.

### AUTORIZACIÓN PARA “REDUCCIÓN DE INVAGINACIÓN INTESTINAL”

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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: