

Documento de consentimiento informado para endoscopia digestiva alta (esófago-gastro-duodenoscopia).

Pegatina con los datos
Personales y de identificación del niño a
intervenir

Don/Doña _____ con el DNI número _____
en calidad de _____ del niño _____
con la historia clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. / Dra.....
me ha informado de la necesidad de proceder a una exploración digestiva alta de mi hijo/a, consistente en una Esófago-Gastro-Duodenoscopia, diagnóstica y/o terapéutica.

1. El propósito principal de la exploración es realizar el diagnóstico de enfermedades del esófago, estómago y duodeno. Para realizarla se introduce, a través de la boca y esófago, un endoscopio o un fibroendoscopio flexible.

1. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.

2. La exploración a realizar difiere según la patología sospechada. Si se trata de una ingestión cáustica, consiste en valorar el grado de causticación (quemadura) del esófago y tomar las medidas terapéuticas necesarias. Si el problema radica en la existencia de un reflujo gastro-esofágico, la endoscopia con toma de biopsias es necesaria para decidir el tratamiento definitivo. También se utiliza como tratamiento (terapéutica) para la extirpación de cuerpos extraños, por medio de unas pinzas especialmente diseñadas para su extracción. En otras lesiones, para realizar biopsias y estudio histológico de las mismas. También puede realizarse para el tratamiento de hemorragias del esófago o estómago o para dilatar estenosis (estrecheces) del tubo digestivo. Habitualmente es una intervención que se realiza en régimen ambulatorio (CMA), salvo casos complejos o urgencias.

3. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.

4. Pueden presentarse efectos indeseables o complicaciones específicas del procedimiento, a saber:
~ Poco graves y frecuentes: para la endoscopia digestiva alta se introduce aire en el estómago, lo cual puede molestar a su hijo, que puede tener el abdomen distendido y quizá presentar molestias abdominales. Si apareciera dolor intenso al concluir la exploración o en las horas siguientes, deberá ser visto por su médico, o acudir a urgencias. Asimismo, puede presentarse dolor al tragar en las horas siguientes tras la exploración y la aparición de algo de sangre en la saliva o en el vómito, que cede espontáneamente.

~ Graves y poco frecuentes: se pueden producir complicaciones graves como perforación esofágica o hemorragia que podrían precisar una intervención quirúrgica urgente para la solución de la complicación. Puede aparecer neumotórax (aire en el tórax), mediastinitis (infección grave alrededor del corazón) o sepsis (infección grave en la sangre). Sin embargo, las complicaciones con la endoscopia terapéutica son menos frecuentes que con otros tratamiento alternativos (cirugía).

5. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor),

que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

6. Otros riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

7. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario

8. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

9. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de Esófago-Gastro-Duodenoscopia de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

De acuerdo con todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra

D.N.I.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma autorizada: _____ VºBº niño

Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____

Médico informante

Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma:

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que NO AUTORIZA
Médico Informante Testigo
(Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra.....

DNI :

Firma:

Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____

Médico informante

Dr./Dra.....

CNP/NºCol:.....

Firma:

Testigo

Sr.Sra.....

DNI :

Firma:

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre : 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ...

Firma:

Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____

Dr./Dra. 0 ...0 0 0 0

Firma: