

D.N.I. del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre del Médico que informa: _____

Nº Colegiado: _____

Servicio de aparato digestivo. Disección endoscópica submucosa

De acuerdo con la información proporcionada por su médico, usted ha sido diagnosticado de una lesión neoplásica localizada en la mucosa o superficie interna de su aparato digestivo. Estas lesiones pueden ser precancerosas o presentar áreas con cáncer superficial, por lo que es conveniente su tratamiento. La disección endoscópica submucosa es una técnica de reciente introducción mediante la cual a través de técnicas endoscópicas, se pueden reseccionar lesiones de un tamaño superior al que permiten otras técnicas de endoscopia tradicional y para las que previamente era necesario el tratamiento quirúrgico en todos los casos.

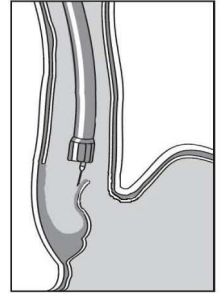
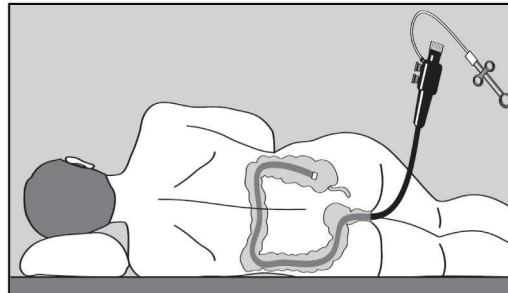
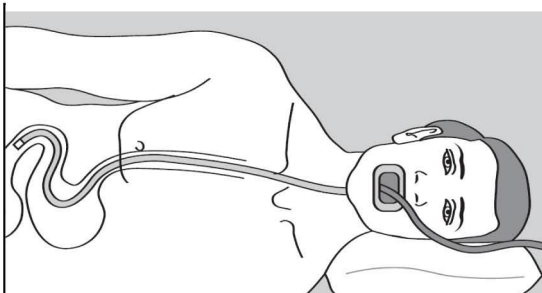
Se trata de una técnica de elevada complejidad técnica. Su fundamento científico se basa en la posibilidad de separar las capas superficiales de la pared del esófago, estómago o intestino donde están localizadas las lesiones, de las capas más profundas con el fin de disminuir el riesgo de lesión de estas últimas. El acceso se puede realizar a través de la boca en el caso de lesiones localizadas en el esófago, estómago o duodeno, o a través del ano en el caso de que la lesión esté ubicada en el colon o recto. La preparación recomendada previa al procedimiento requiere un período de ayunas de 6 horas.

Dependiendo de la duración o la complejidad prevista del procedimiento puede ser recomendable o necesaria la utilización de anestésicos tópicos bucales, la sedación o la anestesia general con intubación orotraqueal.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse complicaciones potencialmente graves, siendo las más importantes la perforación (6 - 15% de los procedimientos) o la hemorragia (hasta un 30% de los procedimientos). En la mayoría de los casos estas complicaciones pueden solucionarse durante el propio acto endoscópico, pero en otros puede ser necesaria una intervención quirúrgica. Otros efectos indeseables incluyen dolor en el pecho, distensión y dolor abdominal, paso de contenido del tubo digestivo al árbol respiratorio, desgarros mucosos, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica o flebitis secundaria a los medicamentos administrados durante el procedimiento, daños dentales y subluxación maxilar. Excepcionalmente pueden producirse arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria o accidente cerebrovascular agudo, que confieren a la técnica un mínimo porcentaje de mortalidad. El hospital está preparado para atender de forma adecuada cualquier eventualidad que pudiera aparecer.

El procedimiento alternativo es una intervención quirúrgica que conlleva mayores riesgos por lo que, en su caso, se considera más adecuado el tratamiento endoscópico. A pesar de la realización adecuada de la técnica, en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el tratamiento perseguido.

Debe avisar si presenta posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...) existencia de prótesis valvulares cardíacas, marcapasos, toma de medicamentos (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y ser relevante para su evolución posterior.



Asimismo, le informamos de que los datos de su exploración serán incluidos en un registro informático del Servicio de Medicina de Aparato Digestivo y podrán ser utilizados con fines científicos, sin que se puedan correlacionar con su identidad.

Con el objetivo de mejorar la atención de nuestros pacientes y colaborar en el avance del conocimiento médico, este hospital está implicado en un número importante de investigaciones científicas en diferentes áreas. Por este motivo le informamos de que muestras procedentes de los tejidos extraídos mediante punción, biopsia o sangre pueden ser utilizados para la realización de estudios bioquímicos o genéticos. El análisis y tratamiento de los resultados se realiza de forma anónima, tienen como única finalidad el estudio científico y no implican ningún riesgo o incomodidad para usted.

Si no desea que estas muestras puedan ser utilizadas para la realización de dichos estudios puede firmar la denegación de consentimiento al final de esta página.

Riesgos personalizados: NO SI Especificar: _____

OTRAS CONSIDERACIONES:

Si precisa más información o alguna aclaración, no dude en preguntarnos.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que:

- He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.
- Estoy satisfecho con la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas mis dudas.
- En consecuencia, doy mi consentimiento para su realización.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto del que he sido informado, incluida la transfusión de sangre, autorizo al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.
- Acepto la posibilidad de que el procedimiento sea realizado por médicos residentes tutelados por médicos especialistas del Servicio.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del paciente,

Firma del médico,

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, etc.).

Nombre: _____ D.N.I.: _____
Firma,

En calidad de _____ autorizo la realización del procedimiento mencionado.

DENEGACION/REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(Táchese lo que NO proceda)

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi **DENEGACION DE CONSENTIMIENTO** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Revoco el consentimiento prestado en fecha . ò ò . / ò ò ò ò ò / ò ò ò ò . y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Firma paciente,

Firma testigo,

Firma médico,

Nº de Colegiado _____

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (Padre, Madre, Tutor, etc.)

Nombre: _____ D.N.I.: _____
Firma,

En calidad de _____ deniego/revoco *(táchese lo que NO proceda)* la autorización para realizar el procedimiento mencionado.

DENEGACION DE CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE MUESTRAS CON FINES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

No deseo que muestras de tejido o sangre extraídas durante el procedimiento puedan ser utilizadas para la realización de estudios bioquímicos o genéticos con fines de investigación científica.

Firma del paciente