hm hospitales

ETIQUETA

(EN SU DEFECTO INDICAR NOMBRE Y Nº DE HISTORIA DEL PACIENTE)

NOMBRE:é ...

PROCEDENCIA/CAMA:é é é é é NHC:é é é é é é é é é .

Resección mucosa endoscópica (R.M.E.) de lesiones del colon

D.N.I. del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Médico que informa: _____ Nº Colegiado: _____

De acuerdo con la información proporcionada por su médico, usted ha sido diagnosticado de una lesión neoplásica localizada en la mucosa de su intestino grueso (colon). Estas lesiones son precancerosas o pueden presentar áreas con cáncer superficial, por lo que es conveniente su tratamiento. La resección mucosa endoscópica (RME) es una técnica de introducción relativamente reciente. La RME permite resecar lesiones de un tamaño superior al que permiten otras técnicas endoscópicas tradicionales, en forma fragmentada. Con ello, es posible confirmar el diagnóstico y tratar por completo el problema, cuando la resección es completa. En el pasado, para ello era necesario el tratamiento quirúrgico en todos los casos.

La RME, en bloque o fragmentada, permite extirpar lesiones de gran tamaño del colon, sésiles o planas, generalmente de más de 1,5 - 2 cm de diámetro. Habitualmente se utiliza un colorante, por lo general índigo carmín (cromoendoscopia dirigida), para delimitar mejor la extensión de la lesión, antes de realizar la RME propiamente dicha. A continuación, con una aguja de esclerosis, se inyecta una sustancia que permite separar el pólipo de la pared del colon, con el fin de reducir el riesgo de perforación. Posteriormente, se procede a resecar la lesión con un asa de diatermia, comenzando por el borde de la misma hasta extirparla por completo en los fragmentos que sea necesario. Los bordes de la úlcera residual (escara) suelen electrofulgurarse al final del procedimiento, utilizando coagulación por plasma de argón, con el fin de reducir el riesgo de reaparición de la lesión en el futuro (recidiva). Puede ser necesaria la colocación de clips (pequeñas ñgrapasòmetálicas) en la escara con el fin de reducir los riesgos diferidos de sangrado o perforación. En ocasiones, si la lesión se extirpa en muchos fragmentos, la evaluación histológica puede ser de difícil interpretación y, en caso de existir ya cáncer en el pólipo, puede ser necesario un tratamiento quirúrgico posterior.

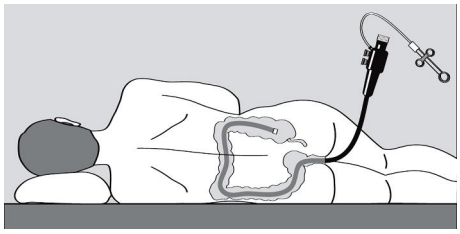
La preparación recomendada previa al procedimiento requiere un período de ayunas de 6 horas para alimentos sólidos y de 4 horas para líquidos claros (incluida agua). Debe seguir las instrucciones para la limpieza del colon que se le han proporcionado en otro documento.

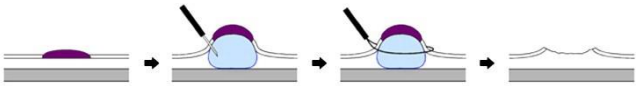
Dependiendo de la duración o la complejidad prevista del procedimiento puede ser recomendable o necesaria la utilización de sedación o la anestesia general con intubación orotraqueal.

La técnica es, por lo general, segura y efectiva, sin embargo, 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 (<5% de los procedimientos) o la hemorragia (< 8% de los procedimientos). Ambas pueden presentarse inmediatamente o de forma diferida, hasta semanas después del procedimiento. En la mayoría de los casos estas complicaciones pueden solucionarse durante el propio acto endoscópico o con tratamiento endoscópico posterior, pero en otros, puede ser necesaria una intervención quirúrgica. La probabilidad de recurrencia de la lesión oscila entre el 1% y el 20% (se encuentra en el rango superior para las lesiones más grandes). Sin embargo, en su mayoría se trata de tejido adenomatoso de pequeño tamaño que suele poderse extirpar utilizando la misma técnica. Otros efectos indeseables incluyen 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 cardiaca, 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, incluidas las imágenes, serán incluidos en un registro informático del Servicio 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.

OTRAS CONSIDERACIONES:

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

DECLARACIONES Y CONSENTIMIENTO

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 que me realicen una RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA.
- Si surgiera alguna situación urgente, que requiriese algún procedimiento distinto de que he sido informado, ***incluida la transfusión de sangre***, ***autorizo*** al equipo médico para realizarlo sin previo consentimiento.
- He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del paciente, ***Firma del médico peticionario,***

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 .é é . ./é é é é é /é é é é . y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Firma paciente, *Firma testigo,* *Firma médico,*
Nº 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 TEJIDOS 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