

Consentimiento informado para la realización de una disección endoscópica submucosa del tracto digestivo superior

Nº de historia

D/Dª.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio eny DNI nº:.....

D/Dª.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio eny DNI nº:..... en Calidad

dede.....
(representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos del paciente)

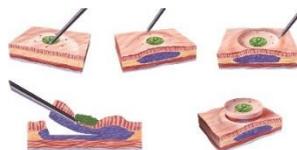
Declaro

Que el Doctor/a
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a una **DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.**

- El propósito principal de la técnica es la extirpación de lesiones en las capas superficiales del esófago, estómago y duodeno, para su posterior análisis histológico.
- He sido informado que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia general, de cuyos riesgos me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que el fundamento de la disección endoscópica submucosa es la separación de las capas superficiales donde está localizada la lesión del resto de la pared profunda, de tal manera que se extirpe en bloque sin perforar la víscera o el órgano. El acceso a la lesión se realiza con un endoscopio estándar (gastroscopio) y se utilizan instrumentos llamados disectores. La lesión puede ser biopsiada o no antes de realizar este procedimiento. Si la resección es completa, la lesión puede quedar definitivamente curada. No precisa la aplicación de suturas para el cierre de la base de extirpación. En ocasiones, puede precisar una intervención quirúrgica para ampliar la resección en función del análisis del tejido obtenido.



- Igualmente el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, fundamentalmente la intervención quirúrgica, cuyo objetivo sería extirpar la lesión, aunque mediante la pérdida del tramo o la totalidad del órgano que incluya la lesión diagnosticada. El médico me ha explicado las diferencias y riesgos existentes entre unas y otras habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
- También he sido informado y comprendo que el procedimiento obliga, por lo general, a una estancia hospitalaria mínima de 24 horas. Dado que la técnica endoscópica se práctica con la inyección de aire o CO₂; puede ser habitual que presente inicialmente distensión abdominal que, por lo general, cesa a las pocas horas.
- Comprendo que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables. Los más frecuentes y leves son: distensión y dolor abdominal, molestias en faringe (garganta), retención urinaria. Otros más graves son: la perforación por daño en la capa muscular profunda de la pared digestiva que, en un 80% de los casos, puede resolverse con clips endoscópicos durante el procedimiento aunque excepcionalmente puede ser necesaria una intervención quirúrgica para resolver la perforación y/o infección secundaria. La hemorragia digestiva se produce por sangrado de úlcera residual tras la técnica endoscópica, pudiendo acontecer hasta 12 días después de la técnica. En la mayoría de los casos precisa de la realización de tratamiento endoscópico del punto de sangrado mediante gastroscopia. Pueden producirse

arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria o accidente cerebrovascular agudo. En casos muy excepcionales, la disección endoscópica submucosa del tracto digestivo superior puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.

- He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:.....
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
- Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos durante el procedimiento o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni los esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto **que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.**

Y en tales condiciones.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice una DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR.	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20 _____	

He decidido NO AUTORIZAR la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20 _____	

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20 _____	