

Consentimiento informado para necrosectomía endoscópica post pancreatitis aguda

Nº de historia

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

Con domicilio eny DNI nº:.....

D/D^a.....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 **NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA POST PANCREATITIS AGUDA**.

- El propósito principal de la técnica es, a través de la pared del estómago o duodeno, proceder a la limpieza y/o drenaje del tejido inflamatorio o necrótico sólido o semisólido.
- He sido informado que el procedimiento requiere sedación y/o anestesia general, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que este tipo de técnica endoscópica utiliza un endoscopio flexible que tiene incorporado un transductor de ecografía en el extremo, lo cual permite realizar ecografías desde dentro del tubo digestivo. El ecoendoscopio se introduce por la boca. Una vez localizada la lesión, con una aguja se crea un orificio pequeño en la pared del estómago o del duodeno hacia la lesión (necrosis pancreática encapsulada). A continuación se extrae o limpia el tejido inflamatorio o necrótico mediante lavados con suero fisiológico, se aspira, o se extrae el tejido inflamatorio con instrumentos endoscópicos. Finalmente, se colocan tubos de drenaje de plástico o prótesis metálicas durante unos 2-3 meses, tras los cuales serán extraídas de forma endoscópica. Generalmente se realizan varias sesiones hasta conseguir reducir y/o solucionar la colección inflamatoria-necrótica.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son: el intervencionismo radiológico y a intervención quirúrgica. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
- También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la ecoendoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. También pueden aparecer: malestar, náuseas, molestias en la garganta. Por lo general y si no aparecen complicaciones seré dado de alta, de lo contrario, permaneceré ingresado en observación.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables. Los más frecuentes son leves y transitorios, como la distensión abdominal, el dolor torácico, la dificultad de tragar, el dolor abdominal, los trastornos de la digestión y las molestias en la garganta. Otros pueden ser más graves son: infección de las vías biliares, infección sanguínea (sepsis), infección del lugar de la punción, la pancreatitis aguda, hemorragia, perforación, fuga biliar, infección del mediastino y fuga de contenido biliar o aéreo a la cavidad

peritoneal (peritonitis). La mayoría de las complicaciones pueden ser tratadas farmacológicamente y/o endoscópicamente, pero en algunos casos es necesario realizar una intervención quirúrgica urgente u otro tipo de intervenciones de tipo radiológico.

- 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 endoscópicos, 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 NECROSECTOMÍA ENDOSCÓPICA POST PANCREATITIS AGUDA.	
PACIENTE/REPRESENTANTE: D.N.I. Fdo.:	MÉDICO: Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

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

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