

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Con esta técnica se pretende extraer un cuerpo extraño enclavado o estancado en el tracto digestivo superior (esófago, estómago o duodeno), previamente ingerido voluntaria o involuntariamente, así como determinar las posibles lesiones que éste haya podido producir. Generalmente, requiere la realización previa de pruebas radiológicas que nos ayuden a valorar la situación, forma, lesiones producidas por el cuerpo extraño, etc.

La técnica se realiza habitualmente con el paciente acostado sobre su lado izquierdo y con la ayuda de un abrebocas, se introduce el endoscopio por vía oral con la finalidad de visualizar la localización del cuerpo extraño, las posibles lesiones que haya producido, y, si es posible, proceder a su extracción endoscópica con la ayuda de utensilios como pinzas, asas, cestas, etc. Según las características del objeto a extraer puede ser necesaria la utilización de un "sobretubo" plástico a fin de evitar lesiones durante las maniobras de extracción. Este utensilio aumenta el diámetro del endoscopio de forma considerable, lo que añade alguna dificultad de manejo y algún riesgo de complicación.

RIESGOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas o vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular agudo), subluxación mandibular y daños dentales, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar en ayunas.

ADVERTENCIAS

Se me ha comunicado la necesidad de advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones, enfermedades infecciosas o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución del paciente.

SEDACIÓN

El procedimiento, siempre con indicación de su médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendada la sedación, la anestesia y/o la utilización de un anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. Según las características del objeto puede ser recomendable o necesaria la anestesia general con o sin intubación de la vía aérea. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia tópica y de la anestesia general con o sin intubación de la vía aérea.

CONSENTIMIENTO

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

DECLARO:

Que el Dr./Dra.
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO**.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado 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.

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

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO** y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia y otros) como terapéuticos que sean aconsejables durante la misma.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

EL SIGUIENTE RECUADRO SÓLO DEBE RELLENARLO SI *NO* DESEA REALIZARSE LA PRUEBA

REVOCACION

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL