



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON BANDAS ELÁSTICAS

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Es una técnica endoscópica que pretende la erradicación de las varices del esófago y estómago, mediante la colocación de bandas o lazos, con la finalidad de disminuir su riesgo de sangrado. Para realizarla se coloca al paciente acostado sobre su lado izquierdo y se introduce un tubo flexible dotado de un sistema de iluminación y de visión (endoscopio) y de un sistema de colocación de bandas. Una vez localizadas las varices a tratar se colocan una o más bandas, que producen su colapso por estrangulación, con posterior desprendimiento en los días posteriores. Para conseguir la total erradicación de las varices son necesarias varias sesiones.

ANTES DE LA LIGADURA

Una semana antes **suspenda la toma de antiagregantes** (medicamentos utilizados para prevenir la trombosis) como ácido acetilsalicílico (Aspirina®, Adiro®, Bioplak®, Tromalyt®) y clopidogrel (Iscover® o Plavix®). Si está tomando **anticoagulantes** como Sintrom®, Aldocumar® o Tedicumar®, es necesario suspenderlos 3 a 5 días antes de la prueba y sustituirlos por otro tipo de anticoagulante inyectado, siguiendo las normas de su médico encargado de la anticoagulación.

Para realizarle la exploración debe acudir en ayunas (no beber ni comer nada en las 8 horas previas al procedimiento). En situaciones de urgencias, puede ser necesaria su realización sin que el paciente esté en ayunas. Deberá quitarse cualquier pieza dental extraíble y los piercing de boca y labios. Es importante que informe al médico y a la enfermera de las alergias o reacciones previas a medicamentos, enfermedades importantes que padezca y medicamentos que tome de forma habitual (lleve los informes médicos y medicación que toma por escrito).

DESPUÉS DE LA LIGADURA

Durante las siguientes 24 horas debe realizar reposo relativo y tomar una dieta semilíquida o en forma de purés, los siguientes 3 días una dieta blanda y posteriormente dieta normal. Es posible que tenga dolor torácico después de la exploración para lo que puede tomar un analgésico si lo precisa (consulte a su médico sobre el más adecuado en su caso). Si presenta sangrado digestivo deberá acudir a urgencias de forma inmediata aportando una copia del informe que se le ha administrado. Si han sido necesarios medicamentos para relajarle o adormecerle no podrá conducir o hacer actividades que requieran atención y deberá acompañarle alguien a su domicilio, ya que la sedación puede afectar sus reflejos y capacidad de juicio.

RIESGOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización podría no conseguirse el tratamiento perseguido y pueden presentarse efectos indeseables como distensión y dolor abdominal, dolor torácico, náuseas y vómitos, hemorragia, hemorragia por el desprendimiento de la escara, perforación, infección, sepsis, aspiración, hipotensión, estenosis esofágica, reaparición de las lesiones tratadas, reacción alérgica, flebitis y, excepcionalmente, arritmias, parada respiratoria, accidentes cerebrovasculares, daños dentales y subluxación maxilar. Algunos de estos cuadros pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, transfusiones de sangre u otros derivados, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

SEDACIÓN

Este procedimiento puede hacer recomendable o necesaria la sedación. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Los problemas asociados a la sedación suelen ser mínimos, salvo en aquellos pacientes con problemas cardiopulmonares y/o graves de salud, en los que pueden ocurrir complicaciones serias.

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 un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON BANDAS ELÁSTICAS**.

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 un **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON BANDAS ELÁSTICAS** y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de prótesis o sondas) 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

REVOCAION

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