

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA POLIPECTOMÍA-MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La polipectomía endoscópica es una técnica que pretende la resección o extirpación de pólipos o lesiones elevadas encontradas en el tracto digestivo superior durante una gastroscopia. Se utiliza un asa de diatermia (lazo metálico) mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad de electroquirúrgica que corta la lesión y coagula su base de implantación. En ocasiones y según las características de la lesión , pueden realizarse previo a la extirpación del pólipo técnicas para prevenir el sangrado como la utilización de un lazo plástico, la colocación de un clip metálico o la inyección de sustancias en el cuello de la lesión.

Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo), se introduce el gastroscopio por vía oral con ayuda de un abre bocas. Una vez visualizado el pólipo , se enlaza con el asa de diatermia que transmite una corriente eléctrica que corta la lesión y puede producir coagulación al mismo tiempo . El pólipo o lesión elevada, una vez extirpado, se recupera si es posible y se envía para su estudio histológico.

PREPARACIÓN

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe comer ni beber nada en las 8 horas anteriores. Es importante que informe al medico y a la enfermera de posibles alergias medicamentosas, si padece algún trastorno de la coagulación o de si toma medicación que pueda alterar la misma.

RIESGOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en un porcentaje pequeño de pacientes puede no conseguirse el tratamiento perseguido o pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia (2%), quemadura (1%), perforación (<1%) que aunque infrecuentes pueden ser graves y requerir ingreso hospitalario con tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.

SEDACIÓN

La polipectomía-mucosectomía gástrica 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 una **POLIPECTOMÍA**.

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 **POLIPECTOMÍA** 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