

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
(RESECCIÓN TRANSMURAL
ENDOSCÓPICA -FTRD-)**

Datos generales	Datos del Paciente (o etiqueta identificativa)
SERVICIO DE: APARATO DIGESTIVO	Nombre y apellidos:
UNIDAD DE: ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Nº HISTORIA:
INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO	
IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN	
<p>La intervención a la que usted va a someterse se llama RESECCIÓN TRANSMURAL (en inglés, FTRD) y consiste en diagnosticar o tratar una lesión de la pared intestinal, mediante la extirpación del espesor completo de la pared intestinal, cerrar la incisión de forma segura, recuperar la lesión extirpada y analizarla microscópicamente para obtener un diagnóstico histopatológico. El procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma. Esta técnica consiste en marcar la mucosa del área de pared que se va a extirpar con una sonda térmica. A continuación, se introduce el endoscopio con el dispositivo FTRD colocado en su punta. Dicho dispositivo consta de un capuchón con un clip metálico montado sobre él y una fina asa de polipectomía en la punta del mismo. Tras localizar la zona, se atrapa la mucosa del colon con una pinza y se introduce en el interior del capuchón del dispositivo FTRD. Se procede a liberar el clip y, finalmente, se reseca la pared del colon con el asa de polipectomía. A continuación se debe analizar la pieza extirpada y ofrecer un diagnóstico histopatológico.</p>	
OBJETIVOS Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR	
<p>Resección completa y con intención curativa de una lesión del tubo digestivo que no es posible extirpar adecuadamente con otras técnicas endoscópicas.</p>	
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO	
<p>Otras alternativas existentes a esta técnica son el tratamiento quirúrgico y, cuando se trata de las capas más superficiales, la Resección Endoscópica Mucosa o la Disección Endoscópica Submucosa. 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.</p>	
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	
<p>He sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia 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. Por lo general, permaneceré ingresado en observación hasta que me encuentre recuperado. Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o, de surgir algún imprevisto, modifique la técnica endoscópica programada.</p>	
RIESGOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS	
<p>Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables o complicaciones. El efecto secundario más frecuente es el síndrome postpolipectomía que consiste en la aparición del dolor abdominal y fiebre. Otros efectos secundarios más raros son: reacción alérgica, flebitis, dolor abdominal, enfisema subcutáneo (aire que se desliza por debajo de la piel), hipotensión y/o aspiración bronquial. Más infrecuentemente se puede producir hemorragia. La hemorragia digestiva puede ocurrir durante la operación o de forma retardada, al cabo de unos días. En el primer caso se puede resolver mediante electrocoaguladores, mientras que la hemorragia retardada requiere una nueva endoscopia para identificar y tratar el punto de la hemorragia. La perforación diferida es una complicación excepcional, pero cuando ocurre perforación puede acompañarse de infecciones graves que dependerá del lugar anatómico en que se produzca. Estas complicaciones pueden obligar a tratamiento médico o quirúrgico, existiendo un pequeño riesgo de mortalidad.</p>	
RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES	
<p>Si está recibiendo tratamiento con anticoagulantes, es necesario que se lo notifique con suficiente antelación (una semana como mínimo) al médico que se encarga del proceso para que indique la pauta a seguir, ya que puede ser necesario un reajuste del tratamiento (seguir igual, reducir dosis, suspender el medicamento, añadir otro). Los anticoagulantes más utilizados en nuestro medio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulantes orales antivitamina K (AVK): Sintrom, Aldocumar. Deben retirarse 5 días antes y sustituir por Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM), administrándose la última dosis el día antes de la gastroscopia (<i>Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18</i>). 	

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
(RESECCIÓN TRANSMURAL
ENDOSCÓPICA -FTRD-)**

- Anticoagulantes orales de acción directa (ACOD): Pradaxa, Xarelto o Eliquis. Deben retirarse al menos 48 horas antes (72 horas, si aclaramiento de creatinina 30-50 ml/min) de la gastroscopia y reiniciarlos 48 horas tras el procedimiento (*Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18*).
- Anticoagulantes con HBPM: Clexane, Fragmín, Fraxiparina, Hibur e Innohep. No administrarlos el mismo día de la gastroscopia.

Si está recibiendo tratamiento con aspirina: Adiro, A.A.S., no es necesario suspenderlo antes de la gastroscopia.
Si está recibiendo tratamiento con otro antiagregante oral (ej. Plavix, Iscover, Ticlid, Ticlopidina, Efiend, Brilique o Duoplavin se recomienda suspenderlo 7 días antes de la gastroscopia, por lo que debe consultar con su médico para que indique la pauta a seguir. Se debe continuar con los medicamentos regularmente prescritos, a menos que se indique lo contrario.

DECLARACIONES Y FIRMAS

CONSENTIMIENTO de acuerdo al Art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del paciente

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., he sido informado de forma clara y sencilla por el médico, de todos los aspectos mencionados en el presente documento, he comprendido la información y:

Expreso, de forma libre, voluntaria, consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi **consentimiento**, para el procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, conociendo que en cualquier momento puedo revocar libremente este consentimiento.

Expreso de forma libre, voluntaria, consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, **no autorizar** la realización del procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, asumiendo las consecuencias que de ello pudieran derivarse para el estado de mi salud o de la vida.

Manifiesto mi deseo de **no ser informado** para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento.

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

DECLARACIÓN DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL (en caso de paciente menor de edad, incapacitado legalmente o que no sea capaz de tomar decisiones)

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., en calidad de....., asumo la tutorización del paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no competente en este momento, por lo que acepta la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que el propio paciente.

Firma del familiar o representante legal:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

OTRAS AUTORIZACIONES

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., autorizo al Hospital Universitario de Canarias para:

- la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación directamente relacionada con la enfermedad que padezco
- la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación no relacionada con la enfermedad que padezco
- la difusión de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

Revocación del Consentimiento

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., de forma libre y consciente, he decidido retirar mi consentimiento para la realización del procedimiento firmado en la fecha, asumiendo las consecuencias que de ello pudieran derivarse para el estado de mi salud.

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....