

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COLON POR ENEMA

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

Nombre y Apellido _____ **DNI** _____

INFORMACIÓN GENERAL:

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: Su finalidad es la visualización del intestino grueso replecionado con un medio de contraste, el sulfato de bario, introducido mediante una sonda rectal. Se obtiene radiografías en cada una de las fases del relleno. La exploración se realiza, habitualmente, de forma ambulatoria. Es imprescindible que el intestino grueso del paciente esté limpio para evitar errores de interpretación por parte del médico.

Con este fin se realiza una **preparación previa** que incluye ayuno desde la noche antes e ingestión de líquidos el día previo o administración de enemas de limpieza.

La técnica del enema opaco tiene dos variantes:

- Enema de contraste simple: se administra sólo bario. Está destinado, especialmente a conocer la morfología, disposición o anomalías significativas del intestino grueso. f
- Enema de doble contraste: se introduce cierta cantidad de bario en un primer momento y, a continuación, se inyecta aire por la misma sonda rectal. El bario se dispersa impregnando las paredes del intestino. El resultado son unas imágenes excelentes para la valoración de la patología fina de la pared intestinal.

2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR: Permite el estudio de la patología del colon en lo referente a malformaciones, obstrucciones por procesos inflamatorios, cicatriciales o tumorales, enfermedades de la pared, anomalías de posición, etc. Es una técnica molesta pero poco agresiva que permite una exquisita información de la patología de este segmento del intestino. En la actualidad su utilidad es, con frecuencia, complementaria de las técnicas endoscópica.

3. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO: Cabe, como alternativa, la realización de radiografías simples y sobre todo, Ecografía y Tomografía computarizada, excelentes para el estudio de la pared intestinal. Para el estudio del interior del intestino grueso existen alternativas muy útiles como la endoscopia virtual que se obtienen a partir de exploraciones especiales de Tomografía computarizada o, directamente, la endoscopia. Sin embargo en determinadas circunstancias el Enema Opaco es la técnica indicada.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN: Las descritas en el apartado de beneficios.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN: Derivadas de una información insuficiente o equivocada con lo que ello puede suponer a la hora de tomar decisiones.

6. RIESGOS FRECUENTES Irradiación: Es una exploración que utiliza radiaciones ionizantes (Rayos X), por lo que está contraindicada en mujeres embarazadas, por el riesgo que supone para su descendencia. En el resto de población, sobre todo en la infantil por su mayor sensibilidad y potencial de vida, se realiza, sólo, cuando hay una indicación precisa. Como orientación cabe advertir que la dosis de radiación recibida por el paciente con la práctica de un Enema opaco (7 mSv) equivale a las 350 radiografías de tórax y es similar a lo que supondría 3 años de radiación ambiente. Reacciones al material: Puesto que, para introducir el contraste, se utiliza una sonda que puede llevar látex, debe indicar si es alérgico al mismo, ya que hay riesgo de reacción.

7. RIESGOS POCO FRECUENTES: La rotura de colón por la presión es una posibilidad remotísima que, cuando se produce, tiene que ver, casi siempre, con un intestino previamente patológico. La aparición de una reacción adversa, es prácticamente nula. De cualquier forma, el paciente está continuamente vigilado por lo que si ocurriera alguna complicación inmediatamente se tomarían todas las medidas necesarias.

8. RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE: La existencia de un intestino patológico por enfermedades inflamatorias, tumorales o insuficiente irrigación sanguínea incrementa, la posibilidad de perforación durante la práctica del Enema opaco.

AL DAR MI CONSENTIMIENTO:

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI NO
4. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO SI Cuál: _____
5. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).
7. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.

SI NO

MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo _____, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.
(Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: ___:___hs.

REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

Firma y aclaración del/la paciente
y/o del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración
del/los profesionales intervinientes

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___

Hora: ___:___hs.

IMPORTANTE - PROFESIONALES

Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.