



INFORMACIÓN PARA LA MUCOSECTOMÍA ALTA

POR FAVOR LEA CON ATENCIÓN ESTE INSTRUCTIVO.

Usted tiene coordinado una **MUCOSECTOMÍA ALTA**, el cual es un **procedimiento terapéutico** del tracto digestivo superior (esófago, estomago o duodeno-intestino delgado).

Fecha y hora: verificar que la FECHA SEA CORRECTA. Por dudas o cancelaciones puede hacerlo hasta 72 horas hábiles antes de la fecha del procedimiento por tel. al: 1920-1414.

Lugar: El servicio de endoscopia se encuentra en el Edificio Magurno (edificio nuevo) entrando por la calle Palmar frente a la farmacia de la Institución. A una cuadra se encuentra el parking de la ASESP.

EL DÍA del procedimiento debe concurrir ACOMPAÑADO POR UN ADULTO RESPONSABLE (quien deberá acompañarlo de regreso a su hogar) de lo contrario no podrá realizarse el procedimiento Y CON **8 HORAS DE AYUNO TOTAL (sin fumar, beber agua ni consumir chicles o caramelos). Puede tomar la medicación habitual con un pequeño sorbo de agua.**

Lleve con usted:

- Listado de medicamentos que esté recibiendo
- Estudios (electrocardiograma, etc.) y mucossectomías previas.
- Si utiliza CPAP o similar llévelo con usted el día del procedimiento.

Al llegar por favor anunciarse en el tótem electrónico localizado al lado de la ventanilla. Tenga en cuenta que el horario es estimado y depende del avance de la coordinación.

Dejar sus objetos personales y teléfono con su acompañante.

Después del procedimiento la mayoría de las personas necesitan descansar en su hogar por el resto del día. El día del procedimiento no puede manejar automóviles o maquinarias ni tomar decisiones importantes. No tomar alcohol.

Puntos para tener en cuenta:

- Si toma hierro, suplementos vitamínicos o aceite de pescado suspéndalo 10 días antes de la mucossectomía .

- Si recibe anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios debe realizar consulta previa con el médico que lo prescribió y tener indicaciones claras de suspensión y reanudación del tratamiento, así como de poder realizarse la mucosectomía .
- Si tiene prótesis valvular en el corazón consulte con su cardiólogo si corresponde tomar antibióticos previo a la mucosectomía .
- Si presenta obesidad severa, o problemas respiratorios o cardiológicos importantes, consulte con su especialista antes de coordinar la mucosectomía .
- Si recibe medicamentos para la obesidad Ozempic, etc se recomienda SUSPENDER estos medicamentos 7 días antes y mantener el día antes del procedimiento sólo dieta líquida o lo que su médico tratante indique.
- En caso de embarazo avisar al médico tratante.

ANESTESIA Si está indicado un médico anestesista le administrará anestesia.

Si en las 48 horas previas presentara fiebre, catarro o cuadro gripal no está apto para realizarse el procedimiento, llame al 1920-1414 para cancelar su cita.

Gracias por entender y por seguir estas instrucciones.



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO **MUCOSECTOMIA**

INFORMACIÓN GENERAL

La mucosectomía es una técnica endoscópica que permite, de ser posible, la resección o extirpación de pólipos, lesiones planas o elevadas encontradas en el recubrimiento interno del tubo digestivo.

Para tener una correcta visión es indispensable que el segmento de tubo digestivo esté limpio. Esto requiere de ayuno para lesiones del tubo digestivo alto y/o de preparación con laxantes y/o enemas para lesiones del tubo digestivo bajo.

El tipo de anestesia, será la indicada por el anestesiólogo. Es necesario que usted advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos así como la medicación que esté recibiendo.

¿EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO?

Se utilizan un endoscopio, un asa (lazo metálico) y otros instrumentos mediante los cuales se puede aplicar corriente eléctrica desde una unidad electroquirúrgica. Dicha corriente corta la lesión y coagula su base de implantación. En ocasiones, y según las características de la lesión, pueden utilizarse inyecciones de sustancias bajo la lesión o clips metálicos para cerrar los defectos ocasiones luego del corte.

El endoscopio se introduce en el organismo hasta identificar la lesión. Una vez identificada, se procede con la técnica de resección definida, para posteriormente y de ser posible recuperar el espécimen y enviarlo para su estudio histológico.

El profesional actuante puede, en todo momento y por razones fundadas, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Como toda técnica puede no lograr su objetivo ya sea por la imposibilidad de resecar la lesión o por no permitir su resección completa.

Después del procedimiento se pueden presentar cólicos abdominales o sensación de somnolencia producto de la anestesia.

Luego de la anestesia, no podrá conducir ni tomar decisiones importantes por 24 horas.

CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DE LA MUCOSECTOMIA

La no realización del procedimiento propuesto elimina la posibilidad de resecar endoscópicamente la lesión.

RIESGOS DE LA MUCOSECTOMIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como reobstrucción, hemorragia (puede ser necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados), perforación, neumomediastino, infección, aspiración, hipotensión, dolor, náuseas y vómitos, o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo) y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

En caso de complicaciones, el médico actuante adoptará las medidas terapéuticas que considere pertinentes utilizando todos los medios técnicos y personal médico de esta Institución.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

La alternativa es la resección quirúrgica de la lesión.

INFORMACIÓN Y RIESGOS PERSONALIZADOS

SI DESPUÉS DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.

CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicada una mucosectomía, a la persona individualizada como usuario al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

- 1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.
- 2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;

3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;

4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los _____ días del mes de _____ de 20____

MEDICO TRATANTE

NOMBRE _____

El firmante deja constancia; que el paciente si/ no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA _____

SOCIO

NOMBRE _____

C.I _____

DOMICILIO _____

TELEFONOS _____

FIRMA _____

NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO

Niños: El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño),el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento. Imposibilitados: El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____

DOMICILIO _____

TELEFONOS _____

RELACION CON EL SOCIO (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce - de modo legítimo y a éstos efectos - la representación del socio identificado en éste instrumento.

FIRMA _____

**DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO/ REVOCACION DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En éste acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento _____ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar éste consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de, no consiento su realización. FIRMA

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

RELACION CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio).

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce, de modo legítimo y a éstos efectos, la representación del socio identificado en éste instrumento.

FIRMA _____

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha ___/___/___ realizar el procedimiento de _____

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

RELACIÓN CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio).

El suscrito declara bajo juramento, que ejerce, de modo legítimo y a éstos efectos, la representación del socio identificado en éste instrumento.

FIRMA _____