

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?

La invaginación intestinal es una patología típica de lactantes de entre seis y doce meses de edad en la que, por razones no muy conocidas, un parte de intestino se introduce en el segmento siguiente (como un telescopio cuando se pliega). Como resultado, las venas y arterias que nutren esa porción de intestino se ven comprimidas y ahogadas. El intestino pierde su vitalidad y se gangrena. Las manifestaciones iniciales de esta patología son las crisis de llanto como consecuencia del dolor y más tarde la expulsión de sangre con las heces como consecuencia de la gangrena. El objetivo es resolver, sin necesidad de cirugía, esta situación crítica.

2. ¿Cómo se realiza?

El tratamiento es quirúrgico y, además, de urgencia extrema para evitar, si es demasiado tarde, la resección del trozo de intestino afectado por la invaginación. Sin embargo, antes que recurrir a la cirugía, se intenta resolver la invaginación en el departamento de rayos X. Mediante una sonda introducida por el recto, se inyecta aire a presión controlada (neumoenema), aunque también puede hacerse con bario o suero fisiológico, a fin de que el asa intestinal, empujada por el aire a contracorriente, vuelva a su situación original. El proceso de reducción de la invaginación dura unos 30 minutos. No obstante, en ocasiones hay que hacer intentos repetidos y la exploración se puede prolongar por un espacio de tiempo mayor.

Se evita todo lo que supone el acto quirúrgico, es decir, una anestesia general, la intervención quirúrgica y sus posibles complicaciones. Una vez resuelta la invaginación, la hospitalización continúa durante 24 horas, ya que, en alguna circunstancia, el asa intestinal se reintroduce al cabo de unas horas y hay que practicar una nueva reducción.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

El principal riesgo, aunque muy improbable, es el de la perforación intestinal por la presión. Se produce en los casos en que el intestino está muy afectado por la falta de irrigación y ha empezado a gangrenarse. Supone un 1 – 2% de casos y no disponemos de ningún tipo de pruebas que nos permitan saber previamente, de forma exacta, el grado de afectación del intestino. De cualquier forma, esta exploración se practica en hospitales que disponen de una cobertura quirúrgica inmediata, por lo que la perforación es resuelta mediante cirugía y resección de la zona de intestino afectada.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Beneficios descritos en el primer apartado.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Gangrena de todo el intestino afectado. Necesita una solución quirúrgica inmediata, con los riesgos directos de la intervención, posibles complicaciones postoperatorias y, en cualquier caso, mayor estancia en el hospital.

6. Alternativas

No existe otra alternativa que la cirugía. Se trata de una urgencia absoluta.

7. Riesgos en función de su situación

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**ESPECIALITAT DIAGNÒSTIC PER IMATGE. REDUCCIÓ D'INVAGINACIÓ INTESTINAL /
ESPECIALIDAD DIAGNÓSTICO POR IMAGEN . REDUCCIÓN DE INVAGINACIÓN INTESTINAL**

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVINCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE
---------------------	--------------	-----	---	--------------------------------

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN
---------------------	--------------	--	--

DECLARE que: / *DECLARO que:*

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / *Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.*
- He comprés la informació rebuda. / *He comprendido la información recibida.*
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / *He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.*
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / *Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.*

Per tant: / *Por tanto:*

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / *Paciente o representante*

Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma*

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / *Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*

Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / *Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.*

Pacient o representant / *Paciente o representante*

Professional de la sanitat / *Profesional de la sanidad*

Signatura / *Firma:*

Signatura / *Firma:*

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / *En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.*