

PEDIATRÍA

05/138 Realización de biopsia yeyunal diagnóstica



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
BIOPSIA YEYUNAL DIAGNÓSTICA DE
ENFERMEDAD CELÍACA**

SERVICIO DE PEDIATRÍA

A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE: Fecha:

B. INFORMACIÓN SOBRE LA BIOPSIA YEYUNAL:

- La biopsia yeyunal consiste en extraer una pequeña muestra del intestino, para ver el estado de las vellosidades intestinales, que confirme o descarte la sospecha clínica de enfermedad celíaca.
- Para ello el niño debe de tragar una pequeña cápsula unida a una sonda blanda y luego esperar hasta que llegue a la zona del intestino que interesa biopsiar, esto tarda de una a cuatro horas.
- Es necesario sujetar al niño para que no se saque la sonda, pues si esto ocurriera hay que volver a empezar la prueba, y procurar que no muerda la sonda, porque se rompería el vacío necesario para hacer la aspiración.

C. PREPARACIÓN PARA LA PRUEBA:

1. Debe cenar a las 20 horas del día anterior.
2. Debe beber líquidos azucarados a las 24 horas (agua con azúcar, zumo de melocotón, etc.).
3. No tomar nada desde las 24 horas acudiendo al Hospital en ayunas.
4. Ingresará a las 8:30h. de la mañana pasando por Admisión y desde aquí le acompañarán a la 1ª Planta de Pediatría.
5. La duración aproximada de la prueba es de 3 a 6 horas.
6. Antes de la biopsia administraremos al niño unas gotas nasales que le sedarán la primera media hora y le harán olvidar la experiencia.

D. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Complicaciones Leves: que no funcione la prueba (5%); fallos técnicos: 1) que se rompa la cápsula, 2) que muerda el niño la sonda y falle el vacío necesario para poder realizar la prueba. Si esto ocurriese, sería necesario repetir la prueba otro día.

Complicaciones importantes:

- Sangrado del intestino en la zona de la biopsia. Para disminuir este riesgo, hacemos antes pruebas de coagulación de la sangre y no hacemos la biopsia hasta que estén normales.
- Perforación intestinal (en este caso, rarísimo, habría que intervenir quirúrgicamente).

E. DECLARO:

- Que he sido informado por el Médico, de las ventajas e inconvenientes de prueba y de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE A MI HIJO LA BIOPSIA YEYUNAL PARA DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA.

Firma del padre/madre

Firma del medico responsable

Nombre

Nombre

REPRESENTANTE LEGAL:

D./Dña. D.N.I.

Parentesco:

Firma del representante:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA YEYUNAL DIAGNÓSTICA