

Consentimiento Informado Endoscopia Digestiva alta

Consentimiento informado:

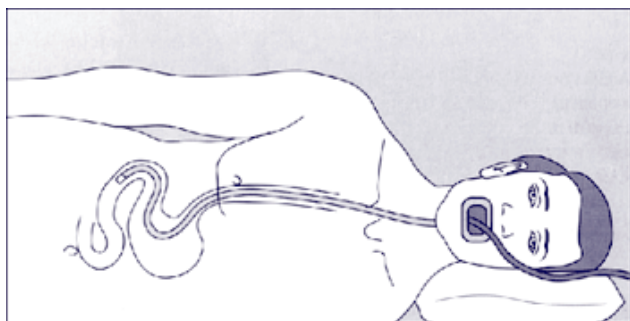
La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Esta hoja pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerla tiene alguna duda, coméntela con su médico.

¿Cómo se realiza la endoscopia?

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. **Si usted lo desea**, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin.

Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (**el endoscopio**) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos.

Habitualmente se toman **muestras de biopsia** mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas. A través del endoscopio también se pueden aplicar tratamientos como la dilatación de zonas estrechas, extracción de pólipos u objetos que se hayan tragado o el tratamiento de hemorragias.



¿Qué preparación se necesita?

Su estómago debe estar vacío, por lo que **no debe beber ni comer nada** en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelos con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas. Ni con lentillas.

¿Qué complicaciones son posibles?

La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:

- Muy raramente puede producirse una **lesión de la pared del tubo digestivo**, llegando incluso a la **perforación** del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un **sangrado importante**, que se trata inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las

horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuniquenloslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la **parada cardiorespiratoria**, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.
- Como con cualquier medicamento, pueden producirse **reacciones alérgicas** a alguno de ellos.
- Otras posibles complicaciones incluyen el **paso de bacterias a la sangre**, que requiere un tratamiento antibiótico, o la **rotura de alguna pieza dental**, básicamente si está en mal estado o poco fija.

¿Qué debe tener en cuenta tras la exploración?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos **media hora tras la exploración**.
- Si presenta **dolor o algún otro tipo de molestias** tras la endoscopia (p.ej. mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un **sedante** es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración. No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas **al menos 24 horas**.
- No puede donar sangre durante un año.

Preguntas importantes

Conteste estas preguntas para predecir en la medida de lo posible riesgos especiales que usted pueda presentar.

- ¿Tiene usted a **sangrar con facilidad**? (p.ej. frecuentes hemorragias nasales, tendencia a presentar hematomas en la piel por pequeños golpes) Sí No
- ¿Toma usted **medicamentos** para la coagulación? (Sintrom, Aspirina, Adiro, Tiklid, Plavix, Iscover) Sí No
- ¿Toma usted **medicamentos antisecretores** (omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol o esomeprazol), o **antibióticos**? Sí No
- ¿Presenta usted algún tipo de **alergia**? (p.ej. asma, alergia a medicamentos, al esparadrapo, a alimentos) Sí No
¿Cuál? _____
- ¿Sufre alguna enfermedad del **corazón**, de la **circulación**, de los **bronquios** o los **pulmones**? (p.ej. infarto, hipertensión, bronquitis, marcapasos) Sí No
¿Cuál? _____
- ¿Sufre de alguna **enfermedad infecciosa** aguda o crónica (p.ej. hepatitis, SIDA) o de alguna otra enfermedad importante (p.ej. epilepsia, glaucoma) Sí No
¿Cuál? _____

7. ¿Ha sido previamente **operado** de algún órgano del aparato digestivo? Sí No
8. ¿Se le mueve algún **diente**, tiene los dientes en mal estado o lleva **dentadura postiza**? Sí No

Alternativas

Pregúntele a su médico todas sus dudas y otros aspectos importantes. Éste le explicará las posibles alternativas como el estudio baritado que tampoco está exento de riesgos. No obstante el procedimiento que se me ha recomendado es el mejor en mi caso por:, como p.ej.

Riesgos especiales :

Por lo tanto, he sido advertido de que en situación vital actual pueden existir riesgos personalizados que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de las complicaciones. Estos riesgo son:

Efectos previsibles de la no realización

Me han comunicado que las consecuencias de la no realización de ninguno de los procedimientos posibles

Etiqueta

Sr. /Sra. _____ como paciente

***Representante legal**, por incapacidad del paciente debido a _____

Sr./Sra. _____ de _____ años de edad con D.N.I. _____ y

Domicilio en _____ . En calidad de (parentesco): _____

Declaro:

Que he sido debidamente informado/a por **mi médico**, y que he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas con el **Dr. David Martínez Ares**, que es necesario que se me efectúe una **ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA**. Que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas (Anexo), sobre la naturaleza y propósito del procedimiento, beneficios, riesgo, alternativas y medios con los que cuenta el Hospital.

Manifiesto.

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

Y tras el adecuado periodo de reflexión **CONSIENTO**

a que se me realice el citado procedimiento.

Firma del paciente o representante legal*

Y tras el adecuado periodo de reflexión **NO CONSIENTO**

a que se me realice el citado procedimiento.

Firma del paciente o representante legal*

En Vigo a _____ de _____ de 201 _

Firma del Médico

Dr. David Martínez Ares

REVOCACIÓN: con fecha de _____ revoco el consentimiento prestado y **NO CONSIENTO** someterme al procedimiento, que doy por finalizado.