

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSCOPIA/ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en explorar el interior del esófago, estómago y la primera parte del intestino delgado (duodeno), a través de la introducción por la boca de un endoscopio (tubo flexible con una cámara en su extremo). Con ello se valora la existencia de enfermedades ante síntomas como dificultad al tragar, ardores, dolor de estómago, etc.

El procedimiento se hace acostado sobre el lado izquierdo. Se le coloca un protector dental a través del cual se pasa el endoscopio.

Para visualizar bien el tubo digestivo es necesaria la insuflación de aire, por lo que es fácil que note hinchazón en el abdomen. Es necesario que esté en ayunas de 6-8 horas antes. La realización de este procedimiento suele ser molesta si no se hace con sedación. En función de la técnica, de las características del paciente y de la duración de la misma, se puede realizar sin sedación, con sedación superficial, con sedación profunda o anestesia general. En algunos casos puede ser necesaria la colaboración de un especialista para realizar la sedación.

Además, durante la exploración, se pueden realizar tratamientos como: extirpar pólipos (polipectomía), esclerosar o ligar varices esofágicas, realizar biopsias, destruir lesiones mediante la aplicación de calor, gas argón o láser, extracción de cuerpos extraños o dilatar zonas estrechas.

El médico me ha indicado la preparación recomendada antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, presencia de prótesis o marcapasos.

La finalidad de la técnica es el diagnóstico de enfermedades del esófago, estómago o duodeno, así como realizar el tratamiento de algunas de ellas.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor e hinchazón abdominal.
- Aspiración bronquial.
- Náuseas.
- Dolor torácico.
- Reacciones alérgicas a los fármacos empleados.
- Perforación de duodeno o esófago.
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Problemas cardiorrespiratorios: alteraciones de la tensión arterial, ritmo cardiaco y disminución de la concentración de oxígeno en sangre sobre todo en relación con el grado y la duración de la sedación. Parada cardiorrespiratoria (muy excepcional).
- Lesiones orofaríngeas: roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.

- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión
- Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia respiratoria grave no controlada.
- Insuficiencia cardíaca inestable no controlada.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Estudios radiológicos (bario, TAC).
- Cirugía.

### AUTORIZACIÓN PARA "GASTROSCOPIA/ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Digestivo*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_  
Fdo. Paciente: