HOSPITAL DE LA VOT
DE SAN FRANCISCO DE ASÍS

ETIQUETA PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
# PANENDOSCOPIA ORAL

**Don / Doña** .....

con **DNI / NIE / Pasaporte** ..... de …….. años de edad.

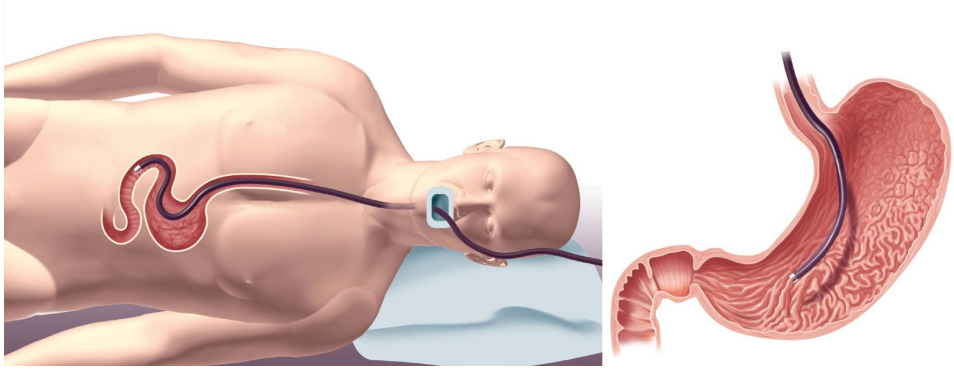
## D E C L A R O

Que se me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a realizar una panendoscopia oral, también llamada **gastroscopia o endoscopia digestiva alta o esófago-gastro-duodenoscopia.**

El propósito principal de la técnica consiste en la visualización de la pared del esófago, estómago y duodeno con el objeto de poder diagnosticar y, en ocasiones, tratar los posibles procesos que afecten a este tramo del tubo digestivo. He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.

El médico me ha explicado que la intervención consiste en la introducción por la boca de un endoscopio flexible y con un diámetro de aproximadamente 1 cm que nos va a permitir visualizar el tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno), permitiéndonos valorar detalles que no se aprecian con otras técnicas de imagen y diagnosticar diferentes enfermedades que afecten a estos órganos. En el mismo acto pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su estudio e informe posterior. La exploración se realiza estando el paciente en ayunas.



El médico me ha informado que las técnicas o procedimientos diagnósticos alternativos son, fundamentalmente, radiológicos, pero no consiguen la precisión diagnóstica que alcanza la gastroscopia y, además, con estas técnicas alternativas no se pueden realizar biopsias ni practicar tratamientos endoscópicos.

También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o $CO_2$; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. También puede aparecer: malestar, náuseas, molestias en la garganta. Una vez me haya recuperado por completo de estos síntomas y de los efectos de la sedación, se procederá a darme el alta médica. En el caso de no encontrarme totalmente recuperado, permaneceré ingresado en observación.

Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables, tales como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o, excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (accidente cerebrovascular agudo), daños dentales y subluxación maxilar. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico. En casos muy excepcionales, la gastroscopia puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.

HOSPITAL DE LA VOT
DE SAN FRANCISCO DE ASÍS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser **Adiro®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®, Xarelto®,Eliquis®, Lixiana®, entre otros**) enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco: ..... Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como: .....

Igualmente autorizo al equipo médico, a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.

Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me paute el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

## CONSIENTO

Que se me realice una **panendoscopia oral (gastroscopia).**

En Madrid, a _____

**Firmado**:
El/la médico

**Firmado**:
El/la paciente o su representante

## REVOCACIÓN

Don / Doña: ..... de ..... años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

En calidad de: ..... de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.