

**PREPARACIÓN:**

- **Autorizar la prueba en la compañía (autorización impresa)**
- Si la Gastroscofia es de Tarde, desayuno ligero antes de las 10 de la mañana y luego ayunas.
- Si la Gastroscofia es de mañana, ayunas desde la noche anterior.
- Si se hacen conjuntamente colonoscopia y gastroscopia seguir información de la hoja de preparación de la colonoscopia

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSCOPIA**  
**(ESÓFAGO – GASTRO –**  
**DUODENOSCOPIA)**

Nº de Historia: .....

Don/Doña: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en: ..... y DNI .....

Don/Doña: ..... de ..... años de edad,  
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: ..... y DNI .....,  
(Domicilio del representante legal)

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

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A: Emilio García Hernández / Inmaculada Gómez Bolao (Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a una **GASTROSCOPIA (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, excepcionalmente por la nariz, 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<sub>2</sub>; 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 cardíaca, 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.
- 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 Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- Otros riesgos o complicaciones personalizados 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 de 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 pauté 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 **GASTROSCOPIA (ESÓFAGO – GASTRO – DUODENOSCOPIA)**.

En: SALAMANCA a

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

## REVOCACIÓN

Don/Doña: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en: ..... y DNI .....

Don/Doña: ..... de ..... años de edad,  
*(Nombre y apellidos del representante legal)*

Con domicilio en: ..... y DNI .....,  
*(Domicilio del representante legal)*

En calidad de: *(Representante legal, familiar o allegado)*  
de

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

En: SALAMANCA a

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SEDACIÓN DE LAS EXPLORACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPEÚTICAS DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

### 1. Identificación y descripción del procedimiento

La sedación consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de disminución del nivel de consciencia.

El anestesiólogo dispone de signos y síntomas para medir cualitativa y cuantitativamente los distintos grados de sedación, decidiendo en cada momento la profundidad de la sedación.

Para ello es preciso realizar la punción de una vena y la introducción de un pequeño catéter por el que se administrarán los sueros y los fármacos anestésicos (hipnóticos, analgésicos y tranquilizantes), en la proporción y dosis adecuadas para cada paciente, según el procedimiento a realizar, las características personales del paciente, su sensibilidad a los fármacos y su estado clínico.

Dado que la preparación y vigilancia deben ser idénticos que los empleados para la anestesia general, la función cardíaca y respiratoria serán controlados mediante la monitorización pertinente según la situación clínica, y el médico anestesiólogo se encargará de controlar todo el proceso de principio a fin, así como de tratar las posibles complicaciones que pudieran surgir.

### 2. Objetivos del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Permitir la realización de la exploración y/o procedimiento sin dolor y en las mejores condiciones según su situación clínica.

### 3. Alternativas razonables ha dicho procedimiento

Aunque no es aconsejable, las exploraciones endoscópicas pueden ser llevadas a cabo sin sedación.

### 4. Consecuencias previsibles de su realización

La utilización de sedación durante la exploración endoscópica permite un mayor confort para el paciente, lo que incrementa la posibilidad de éxito de la exploración. Además, el paciente no siente dolor y habitualmente no guardará recuerdo de una exploración que potencialmente puede ser desagradable.

### 5. Consecuencias previsibles de su no realización

La aparición de molestias y dolor puede condicionar que la exploración haya de ser interrumpida sin llegar por tanto a ser completada, lo que frecuentemente obliga a repetirla o a indicar otro tipo de pruebas alternativas.

### 6. Riesgos

Aparte de los riesgos del procedimiento endoscópico, la administración de técnicas de sedación, como sucede en todo procedimiento médico, conlleva una serie de riesgos, que son aceptados de acuerdo con la experiencia y el estado actual de la ciencia médica y que pasamos a enumerar:

- ✓ Punción accidental de arteria. Pinchazos repetidos por dificultad en la introducción del catéter venoso, que pudiera condicionar salida de los diferentes fármacos empleados en la sedación, y provocar desde un simple enrojecimiento hasta problemas circulatorios locales.
- ✓ Tras la sedación pueden aparecer diferentes síntomas, como descenso de la tensión arterial, aumento de las pulsaciones, dificultad respiratoria, agitación, mareo, náuseas, vómitos, temblores, que en general son considerada como molestias, llegando en muy pocos casos a ser complicaciones.
- ✓ La administración de sueros que son imprescindibles durante la sedación puede producir, excepcionalmente, reacciones alérgicas que pueden llegar a ser graves. La práctica sistemática de pruebas de alergia a pacientes sin historia previa de reacción adversa a los mismos está desaconsejada, al igual que ocurre con el resto de los fármacos. Estas pruebas no están exentas de riesgos, y aun siendo su resultado negativo, los fármacos anestésicos probados pueden producir efectos adversos durante el acto anestésico.
- ✓ Entre los riesgos potenciales se encuentra la sedación excesiva, con hipotensión y depresión respiratoria.

### 7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Todo acto médico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos, como quirúrgicos. Dependiendo de la situación vital del paciente (existencia de enfermedades como diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad ...) pueden aumentar el riesgo anestésico o que aparezcan otras complicaciones.

## 8. Consentimiento

<b>PACIENTE</b>			
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>		<b>DNI</b>	
<p>Declaro que se me ha informado de la necesidad/conveniencia de realizar endoscopia digestiva bajo sedación, y se me ha explicado y he comprendido y aceptado la información que se me ha dado. Se me han facilitado las explicaciones en lenguaje claro y sencillo y he comprendido el procedimiento, así como sus riesgos y complicaciones más frecuentes, tanto de tipo general como derivados de mi situación concreta. He sido, así mismo, informado/a de las posibles alternativas, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas.</p> <p>Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno. En consecuencia, doy mi consentimiento para que se me realice la sedación que me ha sido explicada anteriormente.</p>			
<b>LUGAR</b>	<b>FIRMA DEL PACIENTE</b>	<b>FIRMA DEL MÉDICO</b>	<b>FECHA</b>
Unidad de Endoscopias			
<b>TUTOR O REPRESENTANTE</b>			
<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>		<b>DNI</b>	
<p>Soy consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asumo la responsabilidad de la decisión.</p> <p>He sido suficientemente informado/a del procedimiento que se le va a realizar y doy expresamente mi consentimiento para su realización, que podré retirar en el momento que lo desee.</p>			
<b>LUGAR</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FIRMA DEL MÉDICO</b>	<b>FECHA</b>
Unidad de Endoscopias			

## 9. No autorización o anulación

Por la presente NO AUTORIZO / ANULO cualquier consentimiento plasmado en este impreso, que queda sin efecto a partir de este momento. Me han sido explicadas, y entiendo y asumo las repercusiones que sobre la evolución del proceso ello pudiera derivar.

**LUGAR**  
Unidad de Endoscopias

**FIRMA**

**FECHA**