

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA O GASTROSCOPIA URGENTE

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. **Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La exploración a la que usted va a someterse se llama endoscopia digestiva alta y consiste en el examen del esófago, estómago y primera parte del intestino delgado (duodeno) mediante un tubo flexible con un sistema de iluminación y una cámara (endoscopio), que se introduce a través de la boca. Sirve para el diagnóstico de lesiones situadas en esta zona así como para el tratamiento de algunas de ellas.

CÓMO SE REALIZA:

La exploración se realiza en una posición cómoda, en una camilla sobre el lado izquierdo. Suele durar 10 - 15 minutos. Durante ese tiempo se puede respirar sin problema por la nariz o por la boca. Se le colocará un protector dental a través del cual se pasará el endoscopio. Para que se tolere mejor se le aplicará un anestésico local en la garganta mediante un pulverizador y se le puede administrar un sedante inyectado.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante la exploración la tolerancia es variable de un enfermo a otro, pero no provoca dolor ni dificulta la respiración normal. Puede ocasionar discreto malestar en el abdomen y náuseas, que generalmente desaparecen al respirar hondo. Una vez finalizada, sólo puede quedar cierta falta de sensibilidad en la garganta que desaparece en 1 hora aproximadamente, así como gases debido al aire que se le insufló. Si se ha administrado sedante intravenoso, puede quedar cierta sedación residual durante varias horas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

La endoscopia digestiva alta urgente está indicada siempre que su médico crea necesario conocer la existencia de alguna enfermedad o problema en su esófago, estómago o duodeno. Por ejemplo, ante una hemorragia interna o un objeto ajeno al organismo (cuerpo extraño) atascado en el tubo digestivo y que es necesario extraer. Durante la exploración se pueden realizar tratamientos como esclerosis o ligadura de varices del esófago o del estómago, inyectar sustancias, aplicar calor, gas argón o colocar clips a lesiones que pueden ser causa de hemorragia, extraer objetos tragados y que han quedado atascados y dilatar zonas estrechas.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

En la endoscopia digestiva alta de urgencia la única alternativa al tratamiento suele ser una intervención quirúrgica que supone más riesgos y complicaciones. Aunque en ocasiones es necesaria cuando no es posible solucionar el problema mediante la endoscopia.

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

La endoscopia digestiva alta es una técnica muy segura. La mayoría de las complicaciones son leves y sin repercusión alguna, como las producidas por reacciones no deseadas a la medicación administrada. La posibilidad de complicaciones es mayor cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos, como dilataciones, polipectomías, ligadura de varices o extracción de cuerpos extraños. Otras complicaciones menores son roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares o afonía.

• LOS MÁS GRAVES:

Entre las complicaciones mayores están la perforación, la hemorragia, aspiración de contenido digestivo a vías respiratorias, reacciones alérgicas medicamentosas graves, alteraciones cardiopulmonares y transmisión de infecciones. Como consecuencia de alguna de estas complicaciones, excepcionalmente, puede ser necesario un tratamiento inmediato o una operación quirúrgica urgente.

Mortalidad: es una eventualidad excepcional pero puede suceder. La propia enfermedad o algunas complicaciones, pueden seguir una evolución fatal.

• LOS DERIVADOS DE LA SEDACIÓN:

Los riesgos de la sedación, aunque excepcionales, pueden llegar a ser graves y depende, sobre todo, del estado de salud previo del paciente (bronco-aspiración, depresión respiratoria, etc). De todas formas, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarlos.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: pueden tener más riesgo de hemorragia.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia renal y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo de complicaciones.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS:

Avise si padece posibles alergias a medicamentos.

Retire su prótesis dentaria, si la tiene.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

NOMBRE Y APELLIDOS : _____.

DNI: _____

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA

FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

En Córdoba, a _____ de _____ de _____.

EL/LA PACIENTE O EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña _____, no autorizo a la realización de esta intervención.

Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En Córdoba, a ___ de _____ de _____.

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En Córdoba, a ___ de _____ de _____.

Fdo.: