

## CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

### ¿EN QUÉ CONSISTE? ¿PARA QUÉ SIRVE?

Consiste en el examen del esófago, estómago y primera parte del intestino delgado (duodeno) mediante un tubo flexible (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 (por ejemplo, dilatar zonas estrechas que impiden el paso de los alimentos, extraer objetos tragados y que han quedado atascados, extirpar pólipos, esclerosar o ligar varices esofágicas, aplicar calor a lesiones que pueden ser causa de hemorragia o anemia...)

### ¿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. También se puede realizar con sedación profunda o anestesia general.

### ¿QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ?

No provoca dolor ni dificulta la respiración normal, aunque la tolerancia es variable de un paciente a otro. 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.

### ¿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, reacciones alérgicas medicamentosas, alteraciones cardiopulmonares y transmisión de



infecciones. Como consecuencia de alguna de estas complicaciones, excepcionalmente puede ser necesario un tratamiento urgente o una operación.

• **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD (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, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto.
- La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo de complicaciones.

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

- Debe guardar ayuno de 8 horas.
- Avise si padece posibles alergias a medicamentos.
- Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Sintrom, Pradaxa...) o antiagregante (Ácido acetilsalicílico, Clopidogrel...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.
- Retire su prótesis dental, si la tiene.
- Acuda acompañado.
- No coma ni beba nada en la hora y media siguiente.
- No conduzca ni maneje maquinarias peligrosas durante el resto del día si se le ha administrado sedación.



## **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)**

- Considero que se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza de esta técnica así como sus riesgos y posibles complicaciones.

- Doy mi consentimiento para que se me realice la técnica descrita y las medidas complementarias necesarias antes, durante y después de la misma.

Nombre del PACIENTE \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_  
Fecha y firma

Nombre del REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_  
Fecha y firma del representante legal

## **MEDICO QUE INFORMA**

Fecha y firma del médico que informa

## **RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO**

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.

Fecha y firma:

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL



## **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.

Fecha y firma:

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

