DIGESNOVA - SALUD DIGESTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: PANENDOSCOPIA ORAL (GASTROSCOPIA)

Código: CI PANENDOSCOPIA ORAL | Servicio de Endoscopia Digestiva

Nombre del paciente: _____	**DNI:** _____	**Sexo:** _____
Médico responsable / informe: _____		

Panendoscopia Oral

Este documento informativo pretende explicar, de la forma más sencilla posible, el procedimiento denominado **PANENDOSCOPIA ORAL (GASTROSCOPIA)**, así como los aspectos más importantes que como consecuencia del procedimiento pueden aparecer. Esto tiene el objetivo de que usted tenga una información adecuada previa a su consentimiento para el procedimiento, tal como establece la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (41/2002).

Breve Descripción del Procedimiento - Beneficios Esperables

Es una técnica que permite visualizar el esófago, el estómago y la primera y segunda porción duodenales con un endoscopio (un tubo largo, flexible y fino con una luz en la punta). Durante la exploración puede ser precisa la toma de biopsias y si se aprecia la existencia de pólipos, formaciones que sobresalen de la pared del intestino, se procederá a su extirpación y posterior extracción para analizarlos al microscopio. En caso de una hemorragia permitirá saber cuál es el origen y en muchas ocasiones tratar el punto sangrante (úlceras, varices, etc.).

Preparación:

- Desde 6 horas antes de la hora fijada para la prueba deberá permanecer en **AYUNAS**.
- Si toma medicación que contenga hierro deberá suspenderla 1 semana antes.
- Si está tomando fármacos anticoagulantes (ej: Sintrom®, Pradaxa®, etc.) o antiagregantes (ej: Adiro®, Clopidogrel®, etc.) le será entregada una hoja de información, supervisada directamente por sus médicos, con las indicaciones específicas de manejo de dicha medicación en su caso particular.
- La mañana de la exploración ha de acudir en ayunas acompañado de un adulto, y deberá firmar su consentimiento para la realización de la prueba.
- Es importante que comunique al personal que le atienda las enfermedades que padece, si es portador de un marcapasos o una válvula cardíaca, así como si es alérgico a algún producto.

Durante la prueba:

Tras la colocación de un catéter en una vena del brazo, estará inicialmente tumbado sobre su costado izquierdo. Se le administrará por vía intravenosa una medicación para relajarle y a continuación se le

introducirá el endoscopio.

La exploración dura de 15 a 30 minutos. Durante la misma tal vez sienta distensión abdominal como consecuencia del aire que se le estará introduciendo.

Con frecuencia es necesario tomar pequeñas muestras de tejido (biopsia) para examen microscópico. En ocasiones, la panendoscopia oral demuestra la presencia de pólipos; siempre que sea posible, el médico intentará extirparle el pólipo y cauterizar la zona. Tanto la toma de biopsias como la extirpación de pólipos no le producirá ningún dolor.

Si ha presentado una hemorragia digestiva puede ser preciso inyectar sustancias esclerosantes sobre la lesión que causa la hemorragia o colocar ligaduras con bandas elásticas si son varices esofágicas.

Después de la prueba:

Una vez retirado el endoscopio puede notar molestias en la garganta con dificultad para tragar. A causa de la medicación puesta para relajarle puede sentirse adormecido, por ello **NO ABANDONARÁ LA CLÍNICA SOLO NI PODRÁ CONDUCIR EL RESTO DEL DÍA**.

Salvo que se le diga lo contrario puede comer normalmente.

Si sintiera dolor abdominal intenso, fiebre, vómitos o notara la aparición de deposiciones oscuras, acudirá al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia, informando de que se le ha realizado una panendoscopia oral.

Riesgos

La panendoscopia oral no es una prueba exenta de complicaciones, sobre todo cuando se efectúa con carácter urgente. Es posible la aparición de hemorragia o perforación, al igual que aspiración bronquial (paso del contenido gástrico al árbol respiratorio). La frecuencia es baja, pero su aparición puede requerir tratamiento urgente, incluso una operación quirúrgica. Complicaciones como las reacciones alérgicas a la medicación, la hipotensión, la presencia de alteraciones del ritmo del corazón, la depresión respiratoria o la parada cardiorrespiratoria son complicaciones excepcionales.

Riesgos Relacionados con Circunstancias Personales o Profesionales

[ ] NO [ ] SÍ (en este caso especificarlas):

_____

Alternativas al Procedimiento

La visualización y toma de muestras del esófago, estómago y duodeno sólo es posible con esta técnica. El estudio radiológico mediante papilla de bario no permite la toma de biopsias.

Declaraciones

Declaro que he sido informado/a por el médico de los aspectos más importantes del procedimiento que se me va a realizar, de su normal evolución y de las posibles complicaciones y riesgos de la misma.

Estoy satisfecho/a con la información que he recibido y he podido formular al médico todas las preguntas

que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

En el caso de que durante el procedimiento el médico encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o aconsejen modificar el procedimiento proyectado, cuyas consecuencias para mi salud y calidad de vida sean distintas a las inicialmente proyectadas, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi representante, o en su ausencia, tomando la decisión por él mismo.

Sé que en cualquier momento puedo revocar este Consentimiento.

Consentimiento

En consecuencia, doy mi Consentimiento para la realización del procedimiento descrito.

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL MÉDICO QUE INFORMA
Fecha: _____	Fecha: _____

Representante Legal (en caso de incapacidad del paciente)

Nombre del representante legal con indicación del carácter con el que interviene (Padre, madre, tutor, etc.):

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____ En calidad de: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE
Fecha: _____

Denegación

Deniego el consentimiento para el procedimiento, conociendo y haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL MÉDICO QUE INFORMA
Fecha: _____	Fecha: _____