

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PANENDOSCOPIA ORAL (ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)

Etiqueta del paciente

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **PANENDOSCOPIA ORAL (ESÓFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)**.

1.- La panendoscopia oral es una técnica endoscópica cuyo propósito es la **visualización de la pared del tracto digestivo superior** (esófago, estómago y duodeno) con la finalidad de poder diagnosticar diferentes enfermedades que afecten a este trayecto.

2.- El procedimiento, por indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias **puede hacer recomendable o necesaria la anestesia tópica, la sedación y/o anestesia** con o sin intubación de la vía aérea con el fin de disminuir los molestias de la prueba. **La sedación se administra habitualmente por el médico endoscopista** y, ocasionalmente, por médicos anestesiólogos. También se me ha informado de que la realización del procedimiento con sedación o anestesia puede **aumentar levemente el riesgo de complicaciones**, especialmente complicaciones cardiorrespiratorias como depresión respiratoria, hipoxia (bajada del oxígeno en la sangre) o parada respiratoria, y también convulsiones o reacciones alérgicas.

3.-La prueba se realiza, habitualmente, con el paciente acostado sobre su lado izquierdo, y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un abrebocas), se visualiza la pared del esófago, estómago y duodeno. En el mismo acto pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su estudio.

4.- **Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables**, como distensión y dolor abdominal, hemorragia (0,03-0,1%), perforación, infección, aspiración bronquial (0,08%), 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, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad (1/10,000)

5.- Para la realización de la prueba es recomendable acudir en ayunas de al menos 8 horas aunque en situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin estar el paciente en ayunas. **Si el procedimiento se realiza con sedación, no debe conducir, ni realizar actividades que conlleven riesgo para su integridad en las 8 horas siguientes a la prueba, por lo que debe acudir acompañado.**

6- Se me ha advertido la necesidad de **avisar de posibles alergias a medicinas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia** que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Algunas situaciones especiales o enfermedades (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,...) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.

7.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. **A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido.**

8- Durante la realización de esta técnica puede ser **necesario realizar biopsia o reseca alguna lesión orgánica o realizar otras técnicas terapéuticas** (tratamiento de lesiones sangrantes, extracciones de cuerpos extraños, dilataciones), que pueden incrementar los riesgos de la misma. Por ello, es aconsejable que informé a su médico sobre los fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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.

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

CONSIENTO

que se me realice una **PANENDOSCOPIA ORAL** (Esofago-gastro-duodenoscopia) **y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos** (biopsia, citología y otros) **como terapéuticos** (polipectomía, dilatación, extracción de cuerpo extraño, esclerosis, electro o foto coagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma. **También autorizo expresamente la administración de la sedación para la exploración.**

En Alcorcón a fecha

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE (Firma y DNI)

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACION (rellenar solo en caso de decidir no otorgar el consentimiento para la exploración)

DON/DOÑA. de años de edad, CON DOMICILIO EN
..... y D.N.I. Nº

O en su lugar, DON/DOÑA. de años de edad. CON DOMICILIO EN
..... y D.N.I. Nº EN CALIDAD DE (Representante legal, familiar o
allegado)

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

En Alcorcón a

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL