

## **UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

### **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 de este trayecto.

2.- El procedimiento, por indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias **puede hacer recomendable o necesaria la sedación o anestesia** (con o sin intubación de la vía aérea) para disminuir las molestias de la prueba. **La sedación se administra habitualmente por el médico endoscopista y**, en ocasiones, por médicos anesthesiólogos. **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**.

3.- La prueba se realiza, habitualmente, con el paciente acostado sobre su lado izquierdo, y tras la introducción por la boca del endoscopio (a través de un abrebocas), se visualiza la pared del esófago, estómago y duodeno. 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.

4.- 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.

5.- **Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables.** Algunas situaciones especiales o enfermedades (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,...) pueden aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones. Pueden ser:

- **Distensión abdominal** (0,03-0,1%), daños dentales o subluxación maxilar, náuseas, vómitos, dolor abdominal o paso de gérmenes a la sangre.
- Puede producirse una lesión de pared del tubo digestivo, llegando incluso a la **perforación** del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia, puede producirse un pequeño sangrado que generalmente, cede espontáneamente. Excepcionalmente (0,03-0,1%), puede producirse una **hemorragia** importante, que normalmente se trata durante la misma endoscopia.
- **Excepcionalmente** puede producirse: sepsis (0,08%) arritmia o parada cardíaca, accidente cerebro vascular.
- Todas estas complicaciones, excepcionalmente, pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un **riesgo mínimo de mortalidad. (1/10,000)**

6. **La realización del procedimiento con sedación puede aumentar levemente el riesgo de complicaciones**, que son más probables en pacientes con enfermedades previas, pero no se excluyen en personas sanas. Pueden ser:

- **Complicaciones respiratorias o cardíacas:** depresión respiratoria (bajada de oxígeno en la sangre), aspiración (por el paso al pulmón de parte del contenido del estómago), parada o insuficiencia respiratoria, neumonía, alteraciones del ritmo cardíaco, infarto, parada cardíaca, etc.
- **Reacción alérgica a los fármacos o líquidos intravenosos administrados.** Estas reacciones pueden ser graves aunque tienen carácter extraordinario. Según las Autoridades Sanitarias y las Sociedades científicas no es necesario practicar estudios alérgicos en pacientes sin antecedentes alérgicos.

**UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Otras complicaciones: náuseas o vómitos, flebitis y/o tromboflebitis por catéter venoso, amnesia postsedación.

7- 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.

8.- 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.**

**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