



**Osakidetza**

**SAN ELOY OSPITALEA  
HOSPITAL SAN ELOY**

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Nº Historia Clínica:

**SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO**

## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA GASTROSCOPIA**

La Gastroscofia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno. Para realizarla hay que introducir, a través de la boca, una sonda larga y flexible. Si es preciso, durante la exploración el médico tomará pequeñas muestras de tejido (biopsias), sin causarle dolor, para analizarlas con el microscopio.

También se pueden realizar tratamientos a través del endoscopio. Entre ellos, dilataciones de zonas estrechas en esófago, estómago o duodeno; la extracción de pólipos o de cuerpos extraños y el tratamiento de vasos sangrantes y ulceraciones mediante inyecciones o aplicación de calor.

### **PREPARACION:**

El estómago debe estar vacío, por lo que **no se debe comer ni beber al menos 8 horas** antes de la exploración. Para evitar las secreciones, también se aconseja **no fumar** desde la noche anterior.

**¿En qué consiste la exploración?** El médico y/o la enfermera le explicará el procedimiento y responderá a sus preguntas. Hágales saber si se ha sometido a exploraciones previas o presenta alergias o reacciones anómalas a medicamentos. Tendrá que quitarse las gafas y dentadura postiza.

Una vez acostado sobre el lado izquierdo, el médico le introducirá el endoscopio a través de la boca hacia la garganta. Se le colocará una pieza para protegerle los dientes. El endoscopio no le dificultará la respiración ni le causará dolor. La exploración durará de 5 a 25 minutos.

**Antes de la prueba:** informe al médico de todas las medicaciones que tome y si presenta alergia a algún medicamento. Advierta especialmente si toma anticoagulantes (Sintrom) o antiagregantes tipo Aspirina, Plavix, Iscover, ya que puede ser necesario suspenderlos o cambiarlos por otra medicación.

**Después de la prueba:** Usted puede permanecer en el Hospital algún tiempo mientras desaparezcan los efectos de la medicación si se le administra. No debe comer ni beber hasta que pueda tragar normalmente (menos de una hora). A continuación, podrá comer normalmente si no se le indica lo contrario. Es posible que note gases debido al aire que se le insufló con el endoscopio, estos efectos desaparecerán rápidamente.

### **SEDACIÓN.**

Puede ser necesaria anestesia tópica faríngea para mejorar la tolerancia, si bien requiere un periodo prolongado sin deglutir. Puede ser necesaria la sedación intravenosa moderada o profunda en cuyo caso debe leer el texto siguiente para poder realizar la prueba el mismo día sin volver a citar:

La sedación consiste en la administración de fármacos por vía endovenosa, de forma individualizada según la tolerancia del paciente al procedimiento, su sensibilidad a los fármacos y su estado clínico, con la finalidad de proporcionar un estado relajado, confortable y sin dolor. Idealmente el paciente mantiene la consciencia durante el procedimiento con lo que se consigue su colaboración activa. En ocasiones bien sea por mala tolerancia o por la agresividad del procedimiento, es necesaria la inconsciencia del paciente con lo que se pasa a un grado más profundo de sedación.

Diminuye la ansiedad y el dolor, aumenta las posibilidades de finalizar con éxito el procedimiento o exploración.

La sedación implica un riesgo menor que justifica su uso generalizado, pero existe un mínimo riesgo de sufrir complicaciones graves y excepcionalmente mortales. La probabilidad de sufrir una complicación anestésica es del 1% y la mortalidad de causa exclusivamente anestésica es de 1 por cada 10.000 anestésias. Estas complicaciones son más frecuentes en pacientes de edad avanzada, pacientes obesos y/o con enfermedades preexistentes como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, pulmonares, etc.

Los principales riesgos incluyen: náuseas, vómitos, dificultad para orinar. Flebitis. Rotura o movilización de piezas dentarias. Dificultades respiratorias, depresión respiratoria. Reacciones adversas a fármacos. Reacciones alérgicas (aún sin antecedentes conocidos). Parada cardíaca imprevista con resultado de muerte, coma o daño cerebral irreversible.

**Si no puede acudir el día de la cita, llame al Hospital San Eloy al teléfono 944.00.67.00 (extensiones 5736 ó 5737), para que en su lugar podamos citar a otro paciente**

#### DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la prueba y/o procedimiento que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada actuación y de las alternativas a esta técnica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que se me asignará el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la actuación, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, doy mi **CONSENTIMIENTO** para que se me realice la prueba y/o procedimiento arriba descrito, así como para que durante el mismo, el/la facultativo tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la realización, el/la facultativo encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del paciente

Firma del médico (peticionario o realizador)

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con D.N.I. nº \_\_\_\_\_  
y en calidad de \_\_\_\_\_, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: \_\_\_\_\_

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del tutor o familiar

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### Ley Orgánica para la Protección de Datos de Carácter Personal

OSAKIDETZA, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informa que los datos personales que Vd. aporta en este acto como consentimiento de la prueba y/o procedimiento arriba descrito, serán incluidos en el fichero GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS, cuya finalidad es la ASISTENCIA SANITARIA y su órgano responsable es la GERENCIA DEL HOSPITAL SAN ELOY. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose al Servicio de Atención al Paciente y Usuario (S.A.P.U) del Hospital San Eloy en la siguiente dirección: Avda. A. Miranda, 5 (48902 – Barakaldo).