

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
(GASTROSCOPIA)**

Datos generales	Datos del Paciente (o etiqueta identificativa)
SERVICIO DE: APARATO DIGESTIVO	Nombre y apellidos:
UNIDAD DE: ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Nº HISTORIA:
INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO	
IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN	
<p>Consiste en la exploración visual de la mucosa de la parte más alta del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno) mediante la introducción a través de la boca de un endoscopio (tubo flexible). El endoscopio transmite la imagen a un sistema de monitor semejante a una pantalla de TV. Permite, además, tomar muestras de lesiones, extirpar pólipos o aplicar determinados tratamientos (dilatación de zonas cerradas, inyectar sustancias en lesiones sangrantes, ligadura de varices esofágicas). La duración aproximada es de unos 10 minutos. Durante el procedimiento, se le administrará por la vena una medicación para evitar el dolor (analgésico) y un tranquilizante (sedante). Para ello, se mantendrá un suero en la vena y se controlará el pulso y el nivel de oxigenación de la sangre mediante un aparato denominado pulsioxímetro. Es necesario que el paciente venga en ayunas de 8 horas.</p>	
OBJETIVOS Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR	
<p>Diagnóstico de posibles patologías del aparato digestivo superior, el cual se examina directamente bajo visión directa.</p>	
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO	
<p>Se ha considerado que esta es la prueba más adecuada. Existen otras técnicas como los estudios radiológicos baritados o el estudio mediante videocápsula endoscópica pero estos estudios no son tan precisos como la gastroscopia y no permiten la toma de biopsias o la realización de terapéutica.</p>	
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	
<p>Durante la exploración puede sentir náuseas, que podrá controlar mediante respiración profunda y pausada. No tendrá dolor ni dificultad alguna para respirar.</p>	
RIESGOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS	
<p>Se me han explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración, que incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensión o dolor abdominal: suelen ser frecuentes pero leves y tolerables (remite tras la eliminación de gases). 2. Hemorragia: se asocia a tratamientos como extirpación de pólipos, inyecciones esclerosantes, ligadura de varices, electrocoagulación, y termocoagulación. Puede ocurrir tras la toma de macrobiopsia de los pliegues gástricos y a veces requiere intervención quirúrgica. Ocurre en menos del 1% de los casos y la mayoría de las veces se resuelve endoscópicamente. 3. Perforación: Ocurre en menos del 1% de las dilataciones de estrecheces del esófago o del píloro. Puede presentarse tras la resección de lesiones de la mucosa esofágica, gástrica o duodenal. Esta complicación puede requerir intervención quirúrgica. Puede suceder también en exploraciones diagnósticas al introducir el endoscopio y en nuestra experiencia ocurre en menos de 1/5000 casos. 4. Sedación: a) dificultad respiratoria y/o hipotensión arterial que suelen ser reversibles; b) Parada cardiorrespiratoria se presenta en menos del 1/1000; en el Servicio de Aparato Digestivo del HUC no se ha registrado ningún caso en los últimos 5 años. 5. Flebitis y reacciones alérgicas si es necesario administrar medicación en inyección por vía intravenosa. <p>No se me han dado garantías de que se logren alcanzar los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.</p>	
RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES	
<p>Si está recibiendo tratamiento con anticoagulantes, es necesario que se lo notifique con suficiente antelación (una semana como mínimo) al médico que se encarga del proceso para que indique la pauta a seguir, ya que puede ser necesario un reajuste del tratamiento (seguir igual, reducir dosis, suspender el medicamento, añadir otro). Los anticoagulantes más utilizados en nuestro medio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∖ Anticoagulantes orales antivitaminas K (AVK): Sintrom, Aldocumar. Deben retirarse 5 días antes y sustituir por Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM), administrándose la última dosis el día antes de la gastroscopia (<i>Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18</i>). ∖ Anticoagulantes orales de acción directa (ACOD): Pradaxa, Xarelto o Eliquis. Deben retirarse al menos 48 horas antes (72 horas, si aclaramiento de creatinina 30-50 ml/min) de la gastroscopia y reiniciarlos 48 horas tras el procedi- 	

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO

miento (*Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18*).

Anticoagulantes con HBPM: Clexane, Fragmín, Fraxiparina, Hibor e Innohep. No administrarlos el mismo día de la gastroscopia.

Si está recibiendo tratamiento con aspirina: Adiro, A.A.S., no es necesario suspenderlo antes de la gastroscopia. **Si está recibiendo tratamiento con otro antiagregante oral** (ej. Plavix, Iscover, Ticlid, Ticlopidina, Efiend, Brilique o Duoplavin se recomienda suspenderlo 7 días antes de la gastroscopia, por lo que debe consultar con su médico para que indique la pauta a seguir. Se debe continuar con los medicamentos regularmente prescritos, a menos que se indique lo contrario.

DECLARACIONES Y FIRMAS

CONSENTIMIENTO de acuerdo al Art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del paciente

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., he sido informado de forma clara y sencilla por el médico, de todos los aspectos mencionados en el presente documento, he comprendido la información y:
Expreso, de forma libre, voluntaria, consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi **consentimiento**, para el procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, conociendo que en cualquier momento puedo revocar libremente este consentimiento.

Expreso de forma libre, voluntaria, consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, **no autorizar** la realización del procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, asumiendo las consecuencias que de ello pudieran derivarse para el estado de mi salud o de la vida.

Manifiesto mi deseo de **no ser informado** para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento.

Firma del paciente:

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

En.....a.....de.....de.....

DECLARACIÓN DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL (*en caso de paciente menor de edad, incapacitado legalmente o que no sea capaz de tomar decisiones*)

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., en calidad de....., asumo la tutorización del paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no competente en este momento, por lo que acepta la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que el propio paciente.

Firma del familiar o representante legal:

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

En.....a.....de.....de.....

OTRAS AUTORIZACIONES

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., **autorizo** al Hospital Universitario de Canarias para:

la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación directamente relacionada con la enfermedad que padezco

la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación no relacionada con la enfermedad que padezco

la difusión de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico

Firma del paciente:

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

En.....a.....de.....de.....

Revocación del Consentimiento

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., de forma libre y consciente he decidido retirar mi consentimiento para la realización del procedimiento firmado en la fecha, asumiendo las consecuencias que de ello pudieran derivarse para el estado de mi salud.

Firma del paciente:

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

En.....a.....de.....de.....

SERVICIO DE DIGESTIVO