

# **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## **PARA GASTROSCOPIA**

Yo, D/Dª..... como paciente, o  
D/Dª.....(como su representante)

en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A**, en virtud de los derechos que marca la LEY GENERAL DE SANIDAD, y, en consecuencia, **AUTORIZO**, a

Dr/a/es....., para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado :

### **GASTROSCOPIA**

**Urgente**

y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos como terapéuticos (esclerosis, dilatación, electrocoagulación, termocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma.

Consiento la administración de mediación sedante o de otro tipo (en inyección), que sea necesaria o aconsejable para la mejor realización de la endoscopia.

Se me han explicado y he comprendido los **riesgos posibles** de la exploración, que incluyen:

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.

No se me han dado garantías de que se logren alcanzar los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.

He comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento.....  
y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr/Dra.....

Estoy satisfecho/a con la información recibida (beneficios, riesgos, alternativas) y por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO**, para que se me practique la exploración señalada más arriba.

Entiendo que este documento puede ser **REVOCADO POR MÍ EN CUALQUIER MOMENTO**, antes de la realización del procedimiento.

La Laguna a ..... de ..... del 200

(Firmas) del paciente o representante legal

Médico : .....  
Col. N° .....