

IMPORTANTE: Para evitar la cancelación/repetición y con el objetivo de garantizar la adecuada calidad de la gastroscopia es imprescindible que lea con detenimiento y siga las siguientes instrucciones.

DÍAS PREVIOS A LA REALIZACIÓN DE LA GASTROSCOPIA

- Si tiene fiebre, un cuadro catarral o gripal durante los 3 días previos a la gastroscopia, consulte con su médico para valorar si es necesario posponer la realización de la prueba.
- No debe consumir drogas de abuso durante los 7 días previos.
- No debe beber alcohol durante las 24 horas previas a la prueba.
- **Medicación habitual:** Tenga en cuenta la medicación que toma habitualmente, ya que algunos tratamientos pueden interferir con la realización de la gastroscopia. Si usted toma alguno de los fármacos del **GRUPO 2**, deberá contactar con su médico (con un mínimo de 7 días de antelación) para confirmar los días de suspensión y/o la necesidad de sustituir el tratamiento.

GRUPO 1: No suspender	GRUPO 2: Consultar a su médico
- Adiro® 100 mg, AAS® 100 mg, Tromalyt® 150 mg. - Medicación habitual por vía inhalatoria. - Medicación habitual por vía oral: Puede tomar con un vaso pequeño (100 ml) de agua su medicación (EXCEPTO los fármacos detallados en el GRUPO 2).	- Fármacos que afectan a la coagulación. - Antidiabéticos orales. - Insulina. - Tratamientos para el sobrepeso/obesidad. - Dispositivos cardiológicos implantables.

DÍA DE LA GASTROSCOPIA

- Acuda 30 minutos antes de la hora de la prueba.
- Deberá acudir acompañado/a por una persona adulta (mayor de 16 años); en caso contrario, no podrá administrarse la sedación anestésica.
- Ayuno absoluto (ni sólidos ni líquidos) durante las 8 horas previas a la prueba. **Solo** podrá tomar con un vaso pequeño (100 ml) de agua su medicación habitual hasta 3 horas antes de la gastroscopia.
- DNI, NIE o pasaporte para verificar su identidad.
- Traiga leído y firmado el consentimiento informado (CI) correspondiente a la exploración.
- El/la médico/a que solicita la gastroscopia debe informarle sobre el procedimiento, indicar el tiempo de ayuno, aclarar dudas y entregar el CI, que debe estar firmado tanto por el paciente como por el profesional solicitante.
- Traiga la hoja con la medicación que toma habitualmente.
- Si pertenece a una entidad aseguradora, el día de la prueba debe presentar la autorización de su mutua.
- Acuda sin maquillaje ni pintalabios. Retire el esmalte de uñas, uñas de gel o acrílicas.
- Retire prótesis dentales, puentes, lentillas y audífonos.
- No lleve joyas, relojes, piercings ni otros objetos de valor.

CONFIRMACIÓN DE CITA

- Los días previos a la cita usted recibirá un mensaje en su teléfono móvil (SMS) con el objetivo de recordarle la fecha/hora de su cita y la ofreciendo la posibilidad de anular la misma si usted lo desea/necesita.
- Si tiene que anular o cambiar la cita póngase en contacto con nosotros:
Correo electrónico: reproendos.husc@quironsalud.es
Teléfono de contacto (programació endoscopies): 34 93-4948910 (14:00 a 17:00)

UBICACIÓN

UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA / Planta 1ª

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

Calle de Viladomat, 288, L'Eixample, 08029 Barcelona

Teléfono de contacto: 93 322 11 11

Cómo llegar: <https://maps.app.goo.gl/vCAA51tXUEs2SGHm8> Página web: <https://www.hscor.com/>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE:

DG - GASTROSCOPIA ORAL

Le recordamos que sus datos personales son tratados de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos. Puede consultar la información relativa al tratamiento de sus datos personales en el siguiente enlace: <https://www.quironsalud.es/es/politica-protección-datos>

PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO / TERAPÉUTICO PROPUESTO:
GASTROSCOPIA ORAL

FINALIDAD Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO:

La panendoscopia oral o GASTROSCOPIA 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 este trayecto.

El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación o la utilización de anestésico tópico con el fin de disminuir la sensación náuseas al introducir el endoscopio en la cavidad oral.

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

MOLESTIAS HABITUALES DERIVADAS DEL PROCEDIMIENTO/RIESGOS LEVES, RIESGOS GRAVES Y SECUELAS:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, perforación, infección, náuseas y vómitos y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. La endoscopia terapéutica puede tener más riesgo que la diagnóstica.

El médico me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la realización de un acto terapéutico durante la endoscopia.

RIESGOS RELACIONADOS CON LAS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES DEL PACIENTE:

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

.....
.....

ALTERNATIVAS:

El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO:

He comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo. Comprendo en qué consiste y las consecuencias que puede tener, los riesgos y las alternativas.

El facultativo que me ha informado me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha resuelto las dudas que le he planteado y me ha comunicado su disponibilidad para ampliarla en caso de desearlo.

Si surge cualquier circunstancia imprevisible que requiera una decisión urgente y de alto riesgo durante el proceso que requiera, a su juicio, procedimientos adicionales o diferentes a aquellos que se prevén en este momento, le solicito que proceda de la manera que considere aconsejable, y le autorizo.

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE

D. / D^a..... con DNI..... Declaro que el/la médico, Dr. /Dra., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención.

He recibido copia del presente documento. Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En..... A..... De..... De 20.....

Firmado.....el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a.....con DNI..... Y domicilio en.....calle.....nº... declaro que el/la médico, Dr./Dra., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración /intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D^a.....con DNI..... dicha exploración/intervención.

He recibido copia del presente documento.

En..... A..... De..... De 20.....

Firmado..... el/la representante

MÉDICO

Dr. /Dra.

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus posibles riesgos, de las alternativas disponibles, y de las consecuencias previsibles en caso de no realización, dejando constancia de ello en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera afectar o condicionar la realización de este procedimiento/acto asistencial. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En..... A..... De..... De 20.....

Firma, nº de colegiado.....

NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN

Si usted no acepta la realización de la exploración/intervención haga constar el motivo:

.....
.....

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE

En..... A..... De..... De 20.....

Firmas: Paciente.....

DNI.....

El/la médico Dr. /Dra.

Colegiado.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE:

AN - GENÉRICO ANESTESIA

Le recordamos que sus datos personales son tratados de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos. Puede consultar la información relativa al tratamiento de sus datos personales en el siguiente enlace: <https://www.quironsalud.es/es/politica-protección-datos>

ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO / DIAGNOSTICO PROPUESTO:

.....
.....

FINALIDAD Y NATURALEZA DEL PROCEDIMIENTO:

Para el diagnóstico o el tratamiento de algunas enfermedades es necesario realizar procedimientos, e intervenciones que pueden resultar molestos, o incluso muy dolorosos. En otros casos hay que asegurar la colaboración, o inmovilidad. La aplicación de la técnica anestésica adecuada por parte de los profesionales del servicio de Anestesiología y Reanimación permite que estas intervenciones sean realizadas con confort y seguridad para el paciente.

Existen diversas técnicas anestésicas que pueden ser aplicadas de forma única o combinada:

ANESTESIA GENERAL: Consiste en provocar al paciente un estado reversible de analgesia y pérdida de consciencia para que pueda ser intervenido. Se aplican fármacos por vía intravenosa y/o por vía inhalatoria. En la mayoría de los casos esta técnica exige mantener o asistir la respiración mediante una máquina de respiración artificial conectada al paciente con un tubo que se introduce por la boca o nariz hasta la tráquea o bien con un dispositivo supraglótico.

ANESTESIA LOCORREGIONAL: Consiste en administración de anestésicos locales, mediante punción, cerca de un nervio/grupo de nervios o a nivel de la columna vertebral (epidural o intradural), produciendo una insensibilidad reversible de una zona del cuerpo para que sea operada sin dolor. En algunos casos se puede dejar un catéter (tubo muy fino) en el lugar de punción, que permite añadir más anestésico durante o después del procedimiento.

ANESTESIA COMBINADA: consiste en asociar una anestesia locorregional y una anestesia general para aprovechar las ventajas de ambas.

ANESTESIA LOCAL: Consiste en aplicar anestésico local directamente en la zona que va a ser intervenida. Su aplicación puede ser mediante inyecciones directas o de forma tópica con gotas para cirugía de ojos.

SEDACIÓN: administrar fármacos para tranquilizar al paciente durante la realización del procedimiento mejorando así su confort. Suele estar despierto (aunque puede dormirse), pero tranquilo y podría presentar amnesia (no recuerda lo sucedido).

VIGILANCIA MONITORIZADA. En ocasiones por seguridad preventiva es requerida la presencia de un miembro del equipo de anestesiología para vigilar las constantes vitales de un paciente.

Nota: para la realización de todas estas técnicas es necesario colocar una vía intravenosa para poder administrar sueros y medicación. Lo habitual es que esta vía se coloque en un brazo, pero en ocasiones es necesario colocar estas vías a nivel más central en cuello o ingle. Si es preciso se puede colocar una cánula en una arteria de la muñeca o de la ingle para monitorizar directamente la presión arterial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MOLESTIAS Y RIESGOS:

Aunque en muchas ocasiones es difícil diferenciar el origen del riesgo, estos se pueden clasificar:

- Derivados de la aplicación de la técnica anestésica.
 - Tanto en **anestesia general** como **locorregionales** la realización necesaria de punciones (como la colocación de vías venosas o arteriales, bloqueos para la administración del anestésico local) puede resultar molesto (o en algún caso presentar un cierto grado de dolor) y posteriormente podría aparecer pequeños hematomas. Si la punción es para la colocación de una vía central en el cuello o en zona infraclavicular puede provocar neumotórax, y si la punción es para colocar una cánula arterial puede provocar isquemia distal.
 - En el caso de **anestesia general** el manejo de la vía aérea puede presentar dificultades y riesgos asociados (aspiración bronquial de contenido gástrico sobre todo si no cumple el ayuno recomendado, espasmo de laringe o bronquial, rotura de piezas dentales, dificultad de ventilación y/o intubación, ronquera, erosiones en la mucosa...). La administración de fármacos anestésicos endovenosos o inhalatorios pueden provocar alteraciones de la presión arterial y del ritmo cardíaco. En el postoperatorio pueden presentarse náuseas y/o vómitos.
 - En el caso de **anestesia locorregional** pueden producirse lesiones de los nervios bien sea por la acción mecánica de la punción o bien sea por toxicidad local del anestésico. En el caso de que se produjese lesión nerviosa suele mostrarse clínicamente como alteraciones de la sensibilidad cutánea de una zona determinada y casi siempre se recuperan espontáneamente en unas semanas o meses. Si la punción se realiza en la espalda para anestesia epidural o intradural a las 24-48 horas puede aparecer cefalea (0,5-1%) cuando se incorpora la cabeza casi siempre desaparecen en 2-5 días con reposo, hidratación y analgésicos. Otras posibilidades: mareos, náuseas y vómitos por hipotensión arterial, hematomas y/o infecciones por la punción (1/10.000), o síntomas generales por administración intravascular de anestésico local de diferente consideración. Un catéter implantado durante varios días puede infectarse.
- Derivados de las características intrínsecas de la intervención quirúrgica y/o procedimiento. Cada procedimiento tiene unos riesgos específicos que debe explicarle su cirujano. Desde el punto de vista intraoperatorio diferenciar aquellas con un riesgo de pérdida sanguínea de más de 500 cc y la posibilidad de tener que reservar hemoderivados para una posible transfusión.
- Los derivados del estado físico, antecedentes de paciente y tratamiento farmacológico. Los pacientes con patologías previas tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones (cardíacas, respiratorias, metabólicas, neurológicas, riesgo vital...) que los pacientes sanos. También es posible la aparición de reacciones alérgicas. El tratamiento habitual con determinados fármacos (antiagregantes, anticoagulantes, antidepresivos...) puede interferir con los fármacos anestésicos y provocar riesgos como un mayor sangrado, crisis hipertensivas... Los pacientes con cardiopatía isquémica portadores de stents deben ser valorados para prevenir el riesgo de trombosis o sangrado. Los pacientes de edad avanzada pueden presentar un cierto grado de desorientación post intervención que suele ceder en varias semanas/meses. La preparación preoperatoria de los pacientes y la vigilancia/monitorización durante la inducción, el mantenimiento, el despertar y el postoperatorio hacen que la incidencia de aparición de complicaciones sea baja.

RIESGOS PERSONALIZADOS

A continuación, se marcan de forma PERSONALIZADA la existencia de riesgos más probables asociados a la técnica anestésica, intervención quirúrgica y al estado físico, antecedentes y tratamiento habitual:

- ☐ No existen riesgos personalizados del paciente para esta técnica/procedimiento

Asociados a la técnica anestésica

- ☐ Dificultad de manejo de la vía aérea
☐ Broncoaspiración
☐ Dificultad de punción
☐ Rotura de piezas dentales
☐

Asociados a las características de la intervención y/o procedimiento

- ☐ Pérdida de más de 500 cc de sangre
☐

Asociados al estado físico, antecedentes y tratamiento habitual

- ☐ Desorientación
☐ Complicaciones respiratorias (Insuficiencia respiratoria, necesidad de ayudas mecánicas para respirar).
☐ Complicaciones cardiovasculares (inestabilidad hemodinámica, arritmias, isquemia miocárdica).
☐ Complicaciones metabólicas
☐ Riesgo vital
☐

TÉCNICA ANESTÉSICA Y PROCEDIMIENTOS ACORDADOS

Después de la valoración anestésica y tras informar sobre ventajas, inconvenientes el miembro del equipo de anestesiología aconseja aquella técnica que considera que disminuye los riesgos personalizados. Finalmente, y respetando el principio de autonomía se acuerda que la/las técnicas anestésicas más adecuadas para este procedimiento son:

- ☐ Anestesia General
☐ Anestesia Locorregional
☐ Anestesia Combinada:
☐ Anestesia Local / Tópica
☐ Sedación
☐ Vigilancia Monitorizada
☐ Colocación de vía central y/o cánula arterial.
☐ Procedimientos para el manejo de vía aérea difícil

TÉCNICA ANESTÉSICA ALTERNATIVA:

Las técnicas locorregionales podrían realizarse bajo anestesia general. Hay casos en los que la realización de anestesia general es obligada no siendo posible alternativas locorregionales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO:

He comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo. Comprendo en qué consiste y las consecuencias que puede tener, los riesgos y las alternativas.

El facultativo que me ha informado me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha resuelto las dudas que le he planteado y me ha comunicado su disponibilidad para ampliarla en caso de desearlo.

Si surge cualquier circunstancia imprevisible que requiera una decisión urgente y de alto riesgo durante el proceso que requiera, a su juicio, procedimientos adicionales o diferentes a aquellos que se prevén en este momento, le solicito que proceda de la manera que considere aconsejable, y le autorizo.

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE

D. / D^a.....
con DNI..... Declaro que el/la médico, Dr. /Dra., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención.

He recibido copia del presente documento. Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En..... A..... De..... De 20.....

Firmado.....el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / D^a.....con
DNI..... Y domicilio en.....calle.....nº...
declaro que el/la médico, Dr./Dra., me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración /intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D^a.....con DNI..... dicha exploración/intervención.

He recibido copia del presente documento.

En..... A.....De..... De 20.....

Firmado..... el/la representante

CONSENTIMIENTO INFORMADO

MÉDICO

Dr. /Dra.

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus posibles riesgos, de las alternativas disponibles, y de las consecuencias previsibles en caso de no realización, dejando constancia de ello en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera afectar o condicionar la realización de este procedimiento/acto asistencial. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En..... A..... De..... De 20.....

Firma, nº de colegiado.....

NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN

Si usted no acepta la realización de la exploración/intervención haga constar el motivo:

.....
.....

REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE

En..... A..... De..... De 20.....

Firmas: Paciente.....
DNI.....

El/la médico Dr. /Dra.
Colegiado.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO