

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
LA REALIZACIÓN DE UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Endoscopia Digestiva Alta**, es un procedimiento mediante el cual se examina la porción superior del tubo digestivo (esófago, estómago y hasta la segunda porción del duodeno) con un instrumento flexible que cuenta con una cámara de televisión, el que se introduce a través de la boca.

Mediante este procedimiento se pueden observar las características normales de la mucosa, así como la presencia de lesiones, hemorragias, pólipos, tumores y otros. Es posible, además, tomar muestra de tejido para biopsias y exámenes diagnóstico (cultivo, test de ureasa, lactasa).

Si fuese necesario se le administrará un tratamiento terapéutico (control de hemorragias, extracción de cuerpo extraño, resección de pólipos y otros) durante el procedimiento o después de éste si así se requiere.

Para la realización de este procedimiento, es necesario que el paciente se encuentre en ayunas. No podrá ingerir líquidos desde las 22:00 horas. del día anterior, si el examen se ha programado para antes del (12:00 horas.), o bien, a las 08:00 horas., si el examen se ha programado después del mediodía (en este caso se autoriza desayunar té con 2 galletas de soda).

El paciente deberá suspender el uso de antiácidos a las 22:00 horas. del día anterior. Podrá ingerir medicamentos con agua. Sobre este punto, consulte siempre con su médico.

El examen comienza con la instalación de una vía venosa periférica con el fin de administrar medicamentos para sedar al paciente (Midazolam, Fentanilo) y un antiespasmódico (Buscapina) si el médico así lo estima conveniente. Además, se administrará un anestésico bucofaríngeo. Estos medicamentos permiten disminuir las náuseas, vómitos, dolor y contribuir a una buena tolerancia del procedimiento. Con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a estos medicamentos.

En caso de requerirse el uso de anestesia, ésta será determinada por el médico anestesista atendida las características, beneficios y riesgos para el paciente. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Una vez que el paciente está sedado, se inicia el examen, el tiempo de duración varía en cada paciente, durante todo el periodo de realización de este procedimiento el paciente permanece monitorizado.

Terminado el examen se traslada a servicio de recuperación donde es observado y evaluado por personal de enfermería, en el momento del alta se entrega informe e indicaciones posteriores. Se informará oportunamente al paciente cuándo y dónde debe ser retirado exámenes complementarios. Será de responsabilidad de éste último obtener dichos informes y presentarlos a su médico tratante.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, como todo procedimiento médico invasivo, puede asociarse a **complicaciones o efectos no deseados**, tanto como consecuencia del procedimiento en si, como por parte de la sedación o anestesia usadas, como otros **específicos del procedimiento**:

**Poco graves y frecuente:** Dolor de faringe (el que puede mejorar con gárgaras de agua tibia), reacciones adversas a medicamentos usados, molestias digestivas (como distensión abdominal), las que se aliviarán rápidamente.

**Poco frecuentes y graves:** Perforación de esófago, estómago o duodeno. De acuerdo a la literatura especializada internacional se presenta en un porcentaje 0.08 a 0.5 % del total de los exámenes. En la Institución en el último tiempo no se ha presentado ningún sangrado secundario al procedimiento o biopsia.

**Eventos adversos cardiorrespiratorios**, arritmias, depresión respiratoria, aspiración de secreciones, sangre o contenido gástrico (0.08 al 0.5% de los casos).

Otros:

Las complicaciones descritas son de baja ocurrencia y en su mayoría de poca importancia, estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) y son tratables en la unidad de endoscopia, en casos muy infrecuentes las complicaciones son graves y requieren tratamiento quirúrgico e intensivo (hospitalización).

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Es necesario que el paciente concurra **acompañado por otra persona adulta**.

Queda prohibido al paciente conducir después de realizado el procedimiento.

De igual forma, el paciente sólo podrá alimentarse una vez que haya pasado el efecto de la sedación o anestesia (más o menos 1 hora después del procedimiento).

Eventualmente, puede suceder que durante el procedimiento se encuentren condiciones y/o complicaciones o patologías que hagan necesario realizar procedimientos adicionales, más allá del procedimiento normal.

Es importante tener presente que los pacientes con enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes) o cardiovasculares pueden tener un mayor riesgo. Sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico y en todo caso, se deberá informar si se está tomando aspirina o anticoagulantes y si se tienen alergias a medicamentos.

Las fotografías o filmaciones de video, son parte del procedimiento.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Endoscopia Digestiva Alta,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)