

Consentimiento informado para hemorragia digestiva alta. Diagnóstico y tratamiento

Nº de historia

D/Dª.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio eny DNI nº:.....

D/Dª.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio eny DNI nº:..... en Calidad

dede.....
(representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos del paciente)

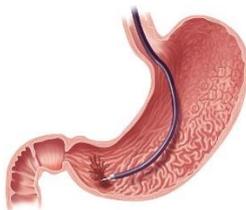
Declaro

Que el Doctor/a
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

Me ha explicado que:

Padezco síntomas que hacen sospechar una **HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA** y me ha informado que pudiera ser recomendable proceder, en mi situación, a una **GASTROSCOPIA** para su posible tratamiento por este medio.

- El propósito principal de la técnica es tanto determinar el origen de la hemorragia como el tratamiento endoscópico de la misma a lo largo del esófago, estómago y duodeno.
- He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia general, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que por hemorragia digestiva alta se entiende la pérdida de sangre que se origina en el esófago, estómago o duodeno. Son varias las causas que la pueden provocar, por lo general se pueden controlar pero, en algunas ocasiones, la hemorragia puede poner en riesgo la vida del paciente. Es importante localizar el sitio y la causa de la hemorragia, siendo la gastroscopia la técnica de elección para ello. La intervención consiste en la introducción oral de un gastroscopio (aparato flexible y fino) con luz y una pequeña cámara en su extremo. Con ello, se consigue visualizar el origen del sangrado, se proporcionan datos pronósticos y, lo más importante, se puede actuar sobre las lesiones de diferentes formas para detener la hemorragia: mediante la inyección de sustancias esclerosantes o que reducen el flujo de sangre, tratamiento con sondas de calor, colocando clips, lazos y/o bandas elásticas, incluso actuando de manera profiláctica sobre determinadas lesiones con el fin de prevenir nuevos episodios de sangrado.



- El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son la angiografía (radiografía invasiva) y/o cápsula endoscópica (filmación del tubo digestivo). He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos, habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.
- También he sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos u horas, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Por lo general, una hemorragia digestiva alta precisa ingreso hospitalario durante unos días hasta estar seguros de que la hemorragia ha quedado controlada. De no ser así, podría repetirse la gastroscopia intentando otros tratamientos que permitan parar la hemorragia.

- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica pueden acontecer efectos indeseables, tales como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico. En casos muy excepcionales, la gastroscopia puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.
- He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:.....
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
- Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni los esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto **que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.**

Y en tales condiciones.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice una GASTROSCOPIA POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20_____	

He decidido NO AUTORIZAR la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20_____	

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN	
PACIENTE/REPRESENTANTE:	MÉDICO:
D.N.I.:	Nº Colegiado:
Fdo.:	Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20_____	