



**PREPARACIÓN PARA PANENDOSCOPIA ORAL, GASTROSCOPIA O TAMBIÉN
DENOMINADA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

IMPORTANTE:

- **Ayuno de 8 horas** salvo que le hayan indicado más tiempo.
- **Puede tomar agua hasta 4 horas antes.**

OBSERVACIONES:

1.- Para realizar la endoscopia **bajo sedación** es necesaria la **compañía de un adulto**, no pudiendo abandonar el Hospital en solitario, conducir vehículo alguno, ni tomar decisiones trascendentales en al menos las **4 o 5 horas siguientes**.

2.- No deje de tomar su **medicación habitual** siempre que lo haga 4 horas antes de su cita. Para la endoscopia que sólo es diagnóstica (incluida la toma de pequeña biopsia), no es preciso que interrumpa o modifique su tratamiento anticoagulante o antiagregante.

3.- Si fuera **diabético**, debido al ayuno necesario, recuerde no tomar los antidiabéticos orales ni inyectarse insulina. A pesar de todo, si en algún momento de la espera notara hipoglucemia, chupe caramelos y comuníquelo.

4.- Si en su caso necesita **profilaxis antibiótica** (por una válvula en el corazón, por ejemplo), cosa que debe conocer, puede tomarla con $\frac{1}{2}$ vaso de agua 2 horas antes de su cita. Suele usarse amoxicilina 2 gramos orales (**Consúltelo con su médico**)

5.- Tenga presente que la endoscopia podría precisar o incluir algún procedimiento terapéutico no previsto.

6.- Si su médico le hubiera indicado algún procedimiento diagnóstico o terapéutico especial como ecoendoscopia, CPRE, MACRObiopsia, tatuaje de una lesión con tinta china, dilatación endoscópica, esclerosis, colocación de bandas en varices del esófago o en las hemorroides, polipectomía, aplicación de argón-beam, etc, o es **usted alérgico al látex, deberá, necesariamente**, consultarlo con los médicos de esta Unidad **antes de citarse**.

7.- Aporte el correspondiente **consentimiento informado** debidamente cumplimentado y firmado. Haga lo mismo con el volante que previamente habrá autorizado en su Compañía para el Dr. Villapún (DIGES VILLA SLP) como realizador de la endoscopia.

8.- Intentamos ajustarnos a la hora de su cita. Tenga paciencia.

9.- Nuestros teléfonos: **Beatriz: 600 585 707 (En horario de 9:30 a 13:30h.)**

Dr. Villapún: 679 457 191 (de 9:00 a 20:00 de lunes a viernes)

10.- ACUDIR A LA SALA DE ENDOSCOPIA EN LA PLANTA (-1)



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PANENDOSCOPIA Y SEDACIÓN INTRAVENOSA

DON/DOÑA..... FECHA DE NACIMIENTO.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DOMICILIO D.N.I. N°.....

TELÉFONOS CORREO ELECTRÓNICO

DON/DOÑA D.N.I. N° TELÉFONO
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL TUTOR)

CORREO ELECTRÓNICO EN CALIDAD DE (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DECLARO:

QUE EL DR. (Médico que indica exploración).....

me ha explicado que en mi situación es conveniente realizar una **PANENDOSCOPIA ORAL DIAGNÓSTICA** y se me ha hecho entrega de este documento con la información adecuada que he podido o podré confirmar y contrastar con el especialista o con el endoscopista en consulta (previa cita) o antes de la endoscopia. Con ello he podido entenderlo todo y aclarar mis dudas. A su vez me han proporcionado el teléfono 600585707 para dudas administrativas relacionadas con la endoscopia y la sedación.

1. La **PANENDOSCOPIA ORAL** es una técnica endoscópica que pretende la visualización del interior del tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno) con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades en estas localizaciones.

2. Con el paciente en decúbito, acostado sobre su lado izquierdo y tras la introducción del endoscopio a través de la boca (en que tendrá un dispositivo abre bocas) se progresa examinando la pared del esófago, estómago y duodeno. Si durante la exploración se visualizaran zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis histológico o microbiológico. Alguna vez, si se detectara una lesión sangrante, un pólipo o una tumoración, no especialmente complejos como para requerir un proceder especial, podría realizarse su tratamiento endoscópico en el mismo momento.

3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización podrían presentarse efectos indeseables. Leves como distensión abdominal, mareo, dolor o hipotensión fácilmente solucionables. Otros muy infrecuentes como hemorragia, perforación o infección o excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACV (accidente cerebrovascular agudo) que podrían ser graves y requerir tratamiento médico intensivo o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

4. Comprendo que hay que hacer una correcta preparación previa al procedimiento incluido el necesario ayuno, para lo que he recibido las instrucciones por escrito. Además, se me advierte de avisar sobre posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,) pudiera aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones. (escriba otros que en su caso existan)

5. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la **SEDACIÓN**.

La sedación que se realiza suministrando por vena fármacos hipnóticos, sedantes y/o analgésicos, logra desde simplemente suprimir la ansiedad en su grado más superficial, hasta evitar el dolor y la percepción consciente de lo que acontece en su grado medio y hasta alcanzar una inconsciencia total en su grado más profundo.

Dicha sedación que reporta beneficios al paciente y a la técnica endoscópica, rara vez propicia la aparición de alteraciones y complicaciones que casi siempre son leves y reversibles. Se considera una técnica segura y por tanto de uso generalizado; en ella, de forma general, el balance riesgo/beneficio siempre es favorable. Las complicaciones las hay que son típicas en relación con la punción de la vena como hematoma, flemón, infección cutánea o flebitis; cardiovasculares y respiratorias leves que tienen que ver con hipotensión, falta transitoria de oxigenación, alteraciones del ritmo cardíaco o el espasmo de laringe; otras infrecuentes están en relación a que son psicofármacos los que se usan, pudiendo aparecer agitación, desorientación, hipo, retención urinaria, náuseas. Rara vez son reacciones alérgicas como pueden suceder en la administración de cualquier fármaco. Excepcionalmente puede sobrevenir shock por alergia, arritmia grave, broncoaspiración, coma, convulsiones, parada respiratoria y/o parada cardio-respiratoria con necesidad de medidas de UCI y la posibilidad de que incluso sobrevenga la muerte.

Entiendo que existe mayor riesgo con la sedación y también con la endoscopia misma en pacientes pertenecientes a los grupos de alto riesgo: EPOC (enfermedad pulmonar crónica), enfermedad coronaria grave, otras enfermedades cardíacas graves, patología psiquiátrica, alcoholismo, drogadicción, embarazo, obesidad mórbida, alteraciones anatómicas en macizo facial y orofaringe, alergias o complicaciones en anestesis previas y casos con fracaso previo en endoscopia-sedación.

Siempre es conveniente aportar informes y estudios médicos previos. En caso de pertenecer a un grupo de alto riesgo además es necesario un estudio pre-anestésico (contactar con la Unidad de Endoscopia Digestiva).

Acepto la vigilancia e instrucciones que se indiquen después de la sedación puesto que entiendo que su efecto puede tardar varias horas en desaparecer por completo (debo evitar el deambular en solitario, conducir vehículos, manejar maquinaria o tomar decisiones de trascendencia en las 4-5 horas siguientes).

Durante todo el procedimiento endoscópico con sedación e inmediatamente después estarán vigiladas mis funciones circulatoria, respiratoria y neurológica sometiéndome a los registros necesarios.



En esta Unidad la sedación corre a cargo de un médico endoscopista presente (no anestesiólogo) y de dos diplomados en enfermería que están formados y tienen una dilatada experiencia en la sedación para endoscopia. Esta Unidad realiza los procedimientos en el área de quirófanos donde existen los medios humanos y materiales necesarios para resolver las incidencias y complicaciones que pudieran presentarse durante la endoscopia y la sedación.

6. Acepto que el procedimiento pueda ser anulado o suspendido en el último momento en caso de que el médico endoscopista considere no asumible el riesgo en mí caso.

7. Conozco la existencia de posibles medios diagnósticos y terapéuticos alternativos. También la posibilidad de realizar la panendoscopia oral sin sedación debiendo asumir en tal caso la ansiedad, la molestia y el dolor que me ocasione. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. El facultativo 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. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice una **PANENDOSCOPIA ORAL con SEDACIÓN**

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid, de..... de.....

REVOCACIÓN

Don /Doña

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me realice **PANENDOSCOPIA ORAL** y no deseo proseguir con el diagnóstico/tratamiento que doy en esta fecha por finalizado.

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid,de.....de.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me aplique **SEDACIÓN** en la panendoscopia oral.

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid, de..... de.....

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, informamos que los datos personales serán tratados por DIGES VILLA, S.L.P. con NIF: B88302161, cuya finalidad es la prestación del servicio contratado consistente en:

- asistencia médica digestiva solicitada.
- con fines de facturación, realizar gestiones administrativas y/o contables, gestión de consultas, así como, cumplir con obligaciones legales impuestas en su caso, para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones, y siempre que nos autorice, con fines comerciales / promocionales sobre la actividad de la entidad.

Para gestionar correctamente el servicio será necesario tratar categorías especiales de datos acerca de: el estado de su salud o en su caso, del menor o representado.

Podrá solicitar más información, así como ejercer sus derechos remitiendo una comunicación por escrito a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@digesvilla.es o mediante correo postal a la dirección C/ JUAN RAMÓN JIMÉNEZ 28, 9A (28036) MADRID. Para el ejercicio de sus derechos, en caso de que sea necesario, se le solicitará documento que acredite fehacientemente su identidad. Si siente vulnerados sus derechos en lo concerniente a la protección de sus datos personales, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente (Agencia Española de Protección de Datos), a través de su sitio web: www.aepd.es.

Mediante la firma del presente documento, el abajo firmante declara y garantiza que los datos aportados son verdaderos, exactos, completos y se encuentran actualizados; comprometiéndose a informar de cualquier cambio respecto de los mismos, siendo el único responsable de los daños o perjuicios, tanto directos como indirectos, que pudieran ocasionarse como consecuencia del incumplimiento de la presente cláusula. Puede solicitar información adicional acerca de cómo tratamos sus datos al correo electrónico protecciondedatos@digesvilla.es arriba indicado.