



## INFORMACIÓN PARA LA LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS

### POR FAVOR LEA CON ATENCIÓN ESTE INSTRUCTIVO.

#### LA LIGADURA DE VARICES SE REALIZA A TRAVES DE LA GASTROSCOPIA

**Fecha y hora:** verificar que la FECHA SEA CORRECTA. Por dudas o cancelaciones puede hacerlo hasta 72 horas hábiles antes de la fecha del procedimiento por tel. al: 1920-1414.

**Lugar:** El servicio de endoscopia se encuentra en el Edificio Magurno (edificio nuevo) entrando por la calle Palmar frente a la farmacia de la Institución. A una cuadra se encuentra el parking de la ASESP.

**EL DÍA del procedimiento debe concurrir ACOMPañADO POR UN ADULTO RESPONSABLE** (quien deberá acompañarlo de regreso a su hogar) de lo contrario no podrá realizarse el procedimiento Y **CON 8 HORAS DE AYUNO TOTAL** (sin fumar, beber agua ni consumir chicles o caramelos). Puede tomar la medicación habitual con un pequeño sorbo de agua.

#### Lleve con usted:

- Listado de medicamentos que esté recibiendo
- Estudios (electrocardiograma, etc.) y gastroscopias previas.
- Si utiliza CPAP o similar llévelo con usted el día del procedimiento.

**Al llegar por favor anunciarse en el tótem electrónico localizado al lado de la ventanilla.** Tenga en cuenta que el horario es estimado y depende del avance de la coordinación.

Dejar sus objetos personales y teléfono con su acompañante.

**Después del procedimiento** la mayoría de las personas necesitan descansar en su hogar por el resto del día. El día del procedimiento no puede manejar automóviles o maquinarias ni tomar decisiones importantes. No tomar alcohol.

#### Puntos para tener en cuenta:

- Si toma hierro, suplementos vitamínicos o aceite de pescado suspéndalo 10 días antes de la gastroscopia.
- Si recibe anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios debe realizar consulta previa con el médico que lo prescribió y tener indicaciones claras de suspensión y reanudación del tratamiento, así como de poder realizarse la gastroscopia.

- Si tiene prótesis valvular en el corazón consulte con su cardiólogo si corresponde tomar antibióticos previo a la gastroscopia.
- Si presenta obesidad severa, o problemas respiratorios o cardiológicos importantes, consulte con su especialista antes de coordinar la gastroscopia.
- Si recibe medicamentos para la obesidad Ozempic, etc se recomienda SUSPENDER estos medicamentos 7 días antes y mantener el día antes del procedimiento sólo dieta líquida o lo que su médico tratante indique.
- En caso de embarazo avisar al médico tratante.

**ANESTESIA** Si está indicado un médico anestesista le administrará anestesia.

**Si en las 48 horas previas presentara fiebre, catarro o cuadro gripal no está apto para realizarse el procedimiento, llame al 1920-1414 para cancelar su cita.**

**# Gracias por entender y por seguir estas instrucciones.**



## **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS**

---

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO** **LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS**

#### **INFORMACIÓN GENERAL**

Es una técnica endoscópica que pretende la erradicación de las varices esofágicas (las cuales pueden ocasionar un sangrado severo a nivel del esófago) mediante la colocación de bandas que producen el estrangulamiento de la lesión, en una o varias sesiones.

El objetivo es el tratamiento y/o profilaxis del sangrado producido por varices esofágicas.

El tipo de anestesia, será la indicada por el anestesiólogo.

Recuerde avisar sobre sus enfermedades o medicamentos que deba tomar en forma estricta. Es necesario que usted advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, así como la medicación que esté recibiendo.

Si usted toma medicamentos como aspirina, antiinflamatorios, anticoagulantes, insulina o le han recomendado recibir protección con antibióticos antes de cualquier procedimiento médico, por favor hágaselo saber a su médico, quien le dará instrucciones de cuándo suspenderlos y cuándo reiniciarlos.

#### **¿EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO?**

Se utiliza un tubo delgado y flexible, llamado gastroscopio, que posee un lente y una cámara integrada a un circuito computarizado digital. Sobre este equipo se monta un set de liberación de las bandas el cual va adosado en la punta del gastroscopio.

El mismo es introducido por la boca para la visualización de las varices. Una vez identificadas se procede a su aspiración dentro del set de liberación, para luego soltar la banda que estrangulará la lesión. Pasados 7 a 10 días la varice caerá producto del accionar de la banda.

El profesional actuante puede, en todo momento y por razones fundadas, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Como toda técnica puede no lograr el objetivo deseado. Este procedimiento dura habitualmente menos de 20 minutos, dependiendo de factores vinculados al procedimiento y al paciente.

Después del estudio puede presentar dolor en el pecho, cólicos abdominales o sensación de somnolencia producto de la anestesia. El dolor producto del accionar de la banda puede requerir de manejo específico con medicación adecuada.

Luego de la anestesia, no podrá conducir ni tomar decisiones importantes por 24 horas.

## **CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DE LA LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS**

La no realización del procedimiento propuesto puede eliminar la posibilidad de prevenir un sangrado variceal al quedar las varices libradas a su evolución natural.

## **RIESGOS DE LA LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS CON COLOCACIÓN DE BANDAS (LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS)**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, hemorragia (puede ser necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados), perforación o laceración de la pared del tubo digestivo, neumomediastino, infección, aspiración, hipotensión, dolor, náuseas y vómitos, o menos frecuentes, como subluxación maxilar, daños dentales, arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

La hemorragia y la perforación del esófago y/o estómago son complicaciones que pueden requerir tratamiento urgente, e incluso una intervención quirúrgica. Las complicaciones durante el procedimiento pueden llegar a ser severas con la consiguiente morbi-mortalidad.

La caída de la banda se produce entre los días 7 a 10 luego del procedimiento pudiendo ocurrir en ese momento un sangrado de entidad que requiera tratamiento urgente.

En caso de complicaciones, el médico actuante adoptará las medidas terapéuticas que considere pertinentes utilizando todos los medios técnicos y personal médico de la Institución disponibles.

### **¿QUÉ ALTERNATIVAS HAY?**

Si bien hay tratamientos médicos o quirúrgicos, la colocación de bandas es el tratamiento de elección para el manejo de las varices esofágicas grandes o que han sangrado. En ocasiones, resulta difícil colocar las bandas, por lo que se puede utilizar una inyección de solución esclerosante para reducir el tamaño de las venas y tratarlas.

### **INFORMACIÓN Y RIESGOS PERSONALIZADOS**

---

---

---

---

**SI DESPUÉS DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.**

## CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa, acepta le sea practicada una Ligadura De Varices Esofagicas, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

- 1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.
- 2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;
- 3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;
- 4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

### MEDICO TRATANTE

NOMBRE \_\_\_\_\_

El firmante deja constancia; que el paciente si/ no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA \_\_\_\_\_

### SOCIO

NOMBRE \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELEFONOS \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO

Niños: El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento. Imposibilitados: El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE(S)

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELEFONOS \_\_\_\_\_

**RELACION CON EL SOCIO** (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce - de modo legítimo y a éstos efectos - la representación del socio identificado en éste instrumento.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

### **DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO/ REVOCACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En éste acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento \_\_\_\_\_ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar éste consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

#### **NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO**

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de, no consiento su realización. **FIRMA**

#### **REPRESENTANTE(S)**

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

RELACION CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio).

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce, de modo legítimo y a éstos efectos, la representación del socio identificado en éste instrumento.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

#### **REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ realizar el procedimiento de \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

#### **REPRESENTANTE(S)**

NOMBRE \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL SOCIO \_\_\_\_\_ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio).

El suscrito declara bajo juramento, que ejerce, de modo legítimo y a éstos efectos, la representación del socio identificado en éste instrumento.

**FIRMA** \_\_\_\_\_