



## INFORMACIÓN PARA LA GASTROSCOPIA (Endoscopia Digestiva Alta)

### POR FAVOR LEA CON ATENCIÓN ESTE INSTRUCTIVO.

Usted tiene coordinado una **GASTROSCOPIA**, el cual es un **procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico** (anteriormente denominada fibrogastroscofia, FGC, fibro).

**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** **GASTROSCOPIA (VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA)**

#### **INFORMACIÓN GENERAL**

La gastroscopia también conocida como videoendoscopia digestiva alta, es un procedimiento que permite el examen visual de la mucosa del esófago, estómago y parte del duodeno. Este procedimiento permite diagnosticar diferentes lesiones, ya sean estas benignas o malignas, así como tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. Del mismo modo, pueden realizarse diferentes tratamientos, resección de pólipos, dilatación de zonas estrechas, tratamiento de zonas sangrantes, etc.

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

#### **¿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. El mismo es introducido por la boca para la visualización de la mucosa a medida que el médico endoscopista va avanzando el mismo.

Durante la exploración, se pueden obtener biopsias para ser estudiadas posteriormente por el médico anatómico patólogo. Del mismo modo, y de acuerdo a los hallazgos, existe la posibilidad de efectuar actos terapéuticos como polipeptomías, dilataciones de áreas estrechas, banding de várices esofágicas o maniobras destinadas a detener hemorragias digestivas altas.

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 detectar lesiones existentes ubicadas en áreas que quedan por fuera de la visualización durante el procedimiento.

La exploración habitualmente dura menos de 20 minutos, dependiendo de factores vinculados al procedimiento y al paciente.

Después del estudio puede presentar eructos, cólicos abdominales o sensación de somnolencia producto de la anestesia.

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

## **CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DE LA GASTROSCOPIA**

La no realización del procedimiento propuesto puede eliminar la posibilidad de prevenir una posible enfermedad esofágica, gástrica o duodenal dejándola librada a su evolución natural.

## **RIESGOS DE LA GASTROSCOPIA**

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 excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo) y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad. 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?**

La gastroscopia es el mejor método para la detección y tratamiento de lesiones de tracto digestivo superior. Dentro de las técnicas diagnósticas alternativas se incluyen el esófago-gastro-duodeno con contraste, tomografía de tórax y abdomen y videocápsula endoscópica. Estos métodos poseen menor capacidad diagnóstica y no permiten la toma de muestras de biopsia ni realizar tratamiento de las lesiones detectadas.

## **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 gastroscopia, 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** \_\_\_\_\_