

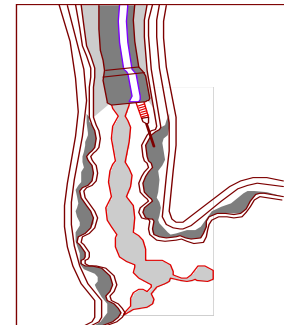
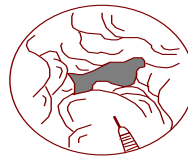
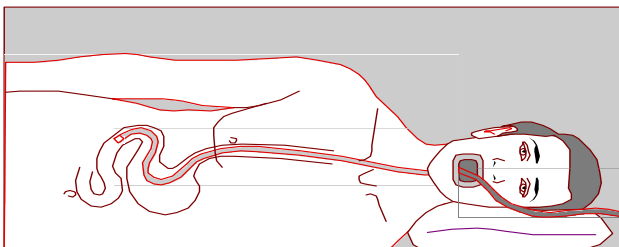
**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ESCLEROSIS ENDOSCOPICA  
(URGENTE O PROGRAMADA) DE VARICES ESOFAGO-GASTRICAS**

Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del paciente)  
Don/Doña:....., de .....años de edad,  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)  
Con domicilio en: ..... y DNI: .....  
(Domicilio del representante legal)  
En calidad de ..... de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A .....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)  
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una ESCLEROSIS ENDOSCOPICA  
(URGENTE O PROGRAMADA) DE VARICES ESOFAGO-GASTRICAS.

- 1.- Es una técnica endoscópica que pretende el cese del sangrado, la reducción del tamaño o la erradicación de lesiones varicosas esófago-gástricas, mediante la inyección, en una o varias sesiones, de sustancias esclerosantes o pegamentos biológicos que producen colapso de la lesión.
- 2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia con o sin intubación de la vía aérea y/o la utilización de un anestésico tópico para disminuir la sensación nauseosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral.  
También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia tópica y de la anestesia general con o sin intubación de la vía aérea, en caso de que se me haya recomendado o resulte necesario. En esta técnica es especialmente importante la recuperación cardiovascular previa del paciente antes del inicio de la técnica.
- 3.- Con el paciente habitualmente en decúbito (acostado sobre su lado izquierdo) y la ayuda de un abrebocas, se introduce el endoscopio a través de la cavidad oral, progresando hasta la zona donde se encuentren las lesiones a tratar.  
Una vez localizados los cordones varicosos se inyecta una sustancia esclerosante o pegamento en el interior o márgenes de las varices.



- 4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión, dolor abdominal, infección, aspiración bronquial,

hipotensión, hemorragia, perforación, estenosis, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis, hemorragia por desprendimiento de la escara, o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar, subluxación mandibular, alteración del nivel de conciencia, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo de mortalidad. También puede ocurrir la reaparición de nuevos cordones varicosos al cabo de un tiempo, que haga necesario aplicar nuevo tratamiento.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin que el paciente este en ayunas.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada ..... ) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como .....

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y 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

### CONSIENTO

que se me realice una **ESCLEROSIS ENDOSCOPICA (URGENTE O PROGRAMADA) DE VARICES ESOFAGO-GASTRICAS.**

En....., a .....

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña ..... , de ....., años de edad  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en ....., y DNI.....  
(Domicilio del paciente)

Don/Doña ..... , de ....., años de edad  
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en ....., y DNI.....  
(Domicilio del representante legal)

en calidad de....., de .....  
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En....., a .....

(Lugar)

(Fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El/la Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado