



Consentimiento Informado Para La  
Realización De Una Endoscopia  
Digestiva Alta

## **Consentimiento Informado Para La Realización De Una Endoscopia Digestiva Alta**

## Consentimiento Informado Para La Realización De Una Endoscopia Digestiva Alta

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, efectuar el procedimiento diagnóstico  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

## INFORMACIÓN

- La Endoscopia Digestiva Alta es un procedimiento mediante el cual se examina la porción superior del tubo digestivo (esófago, estómago y hasta la segunda porción del duodeno) con un instrumento que cuenta con una cámara de televisión, el que se introduce a través de la boca. Mediante este procedimiento se pueden observar las características normales de la mucosa así como la presencia de lesiones, hemorragias, pólipos, tumores y otros. Es posible, además, tomar muestra de tejido para biopsias y exámenes diagnóstico (cultivo, test de ureasa, lactasa)
- El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento terapéutico (control de hemorragias, extracción de cuerpo extraño, resección de pólipos y otros) durante el procedimiento o después de éste si así se requiere.
- El examen comienza con la instalación de una vía venosa periférica con el fin de administrar medicamentos para sedar al paciente (Midazolam, Fentanilo) y un antiespasmódico (Buscapina) si el médico así lo estima conveniente. Además, se administrará un anestésico bucofaríngeo. Estos medicamentos permiten disminuir las náuseas, vómitos, dolor y contribuir a una buena tolerancia del procedimiento.
- Una vez que el paciente está sedado, se inicia el examen, el tiempo de duración varía en cada paciente, durante todo el periodo de realización de este procedimiento el paciente permanece monitorizado.
- Terminado el examen se traslada a servicio de recuperación donde es observado y evaluado por personal de enfermería, en el momento del alta se entrega informe e indicaciones posteriores. Se informará oportunamente al paciente cuándo y dónde debe ser retirado exámenes complementarios. Será de responsabilidad de éste último obtener dichos informes y presentarlos a su médico tratante.

## Complicaciones

- a. Poco graves y frecuente: Dolor de faringe, reacciones adversas a medicamentos usados. Poco frecuentes y graves: Perforación de esófago, estómago o duodeno. De acuerdo a la literatura especializada internacional se presenta en un porcentaje 0.08 a 0.5 % del total de los exámenes. En la Institución en el último tiempo no se ha presentado ningún sangrado secundario al procedimiento o biopsia.
  - b. Eventos adversos cardiorrespiratorios, arritmias, depresión respiratoria, aspiración de secreciones, sangre o contenido gástrico (0.08 al 0.5% de los casos)
- Las complicaciones descritas son de baja ocurrencia y en su mayoría de poca importancia, estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) y son tratables en la unidad de endoscopia, en casos muy infrecuentes las complicaciones son graves y requieren tratamiento quirúrgico e intensivo (hospitalización)
  - También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
  - 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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

## Declaro:

Que además me han explicado que de acuerdo a la ley 20.584 de los derechos y deberes de los pacientes, la filmación o fotografías de los procedimientos con fin científico, clínico, académico e incluso a solicitud del paciente o representante legal, solo se podrá hacer con la autorización escrita del paciente o de su representante legal.



Estos documentos tanto el consentimiento como el material gráfico, pasaran a ser parte integrante de la ficha clínica de los pacientes y como tal quedan bajo la tuición y custodia de la clínica y solo podrán ser usados para los fines que han sido autorizados.

Además he podido formular las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas

---

**Consiento que se FOTOGRAFÍE el procedimiento**

Nombres con dos apellidos.....

Firma Paciente: .....

Nombres y dos apellidos.....

Firma Representante Legal, familiar responsable:.....

---

**Revoco que se FOTOGRAFÍE el procedimiento**

Nombres con dos apellidos.....

Firma Paciente: .....

Nombres y dos apellidos.....

Firma Representante Legal, familiar responsable:..... Y en tales condiciones.

---

**Y EN TALES CONDICIONES.**

**CONSENTIMIENTO**

**CONSENTO** que se me realice el procedimiento diagnóstico de:

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).