

Consentimiento informado para endoscopia gastrointestinal

Explicación del procedimiento

La visualización directa del tracto digestivo con un instrumento iluminado se conoce como “endoscopia gastrointestinal”. Su médico le aconsejó que se realice este tipo de estudio. Le presentamos la siguiente información para ayudarle a entender los motivos para realizar estos procedimientos y los posibles riesgos.

Durante su estudio, se revisará cuidadosamente el recubrimiento del tracto digestivo con un endoscopio flexible (con o sin biopsia, fotografía, extirpación de pólipos o tratamiento con inyecciones). Las muestras de tejido pueden ser enviadas para un estudio de laboratorio con el fin de determinar si presenta células anormales. Si se observan pequeños crecimientos (pólipos), pueden extirparse.

Principales riesgos y complicaciones de la endoscopia gastrointestinal

En general, la endoscopia gastrointestinal es un procedimiento de bajo riesgo. Sin embargo, todas las complicaciones que se mencionan a continuación son posibles y pueden provocar hospitalización y costos financieros asociados adicionales por los cuales usted (el paciente) sería responsable. Si lo desea, su médico hablará con usted sobre la frecuencia de estas complicaciones, refiriéndose particularmente a sus propias indicaciones para la endoscopia gastrointestinal.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER SOBRE SU PROCEDIMIENTO, DEBE PREGUNTARLE A SU MÉDICO.

1. **PERFORACIÓN:** el pasaje del instrumento puede provocar una lesión en la pared del tracto gastrointestinal con una posible fuga de contenido gastrointestinal hacia la cavidad corporal. Si esto ocurre, generalmente se requiere una cirugía para cerrar la fuga o drenar la zona.
2. **SANGRADO:** el sangrado, si ocurre, generalmente es una complicación de la biopsia, polipectomía o dilatación. El manejo de esta complicación puede consistir en observación, repetición de su procedimiento para controlar el sangrado, transfusiones, cirugía o un procedimiento de radiología. Si se observa sangrado durante el procedimiento, se pueden utilizar métodos para controlarlo, por ejemplo coagulación por calor, colocación de clips, inyección de medicamentos.
3. **REACCIONES A LA SEDACIÓN O LOS MEDICAMENTOS:** hay riesgos relacionados con la administración de cualquier medicamento. Estos riesgos pueden incluir inflamación leve de la vena en el sitio de la inyección, náuseas o vómitos, reacciones alérgicas a los medicamentos administrados, convulsiones o, rara vez, complicaciones cardíacas o respiratorias.
4. **LESIONES NO DETECTADAS O PROCEDIMIENTOS INCOMPLETOS:** su médico hará todo lo posible para identificar todos los pólipos, lesiones y cánceres. Siempre existe la posibilidad de que una o más lesiones no sean detectadas por estar escondidas debajo de los pliegues intestinales o heces residuales. Su médico hará todo lo posible por completar su examen, pero ocasionalmente eso no es posible debido a su anatomía o molestia.
5. **OTROS:** los riesgos adicionales pueden incluir complicaciones por otras enfermedades que puede ya tener o daño en los dientes/tratamiento dental. Rara vez podría producirse una lesión esplénica (abrasión o laceraciones en el bazo) cuando el estetoscopio pasa a través de la curvatura del colon junto al bazo y esto podría provocar una hospitalización, podría requerir una transfusión de sangre e incluso una cirugía para tratarla. La falla en el instrumento y la muerte son extremadamente raras, pero siguen siendo posibilidades remotas. Debe informar a su médico sobre todas las tendencias alérgicas y problemas médicos.

Alternativas a la endoscopia gastrointestinal: si bien la endoscopia gastrointestinal es un medio extremadamente seguro y eficaz para examinar el tracto gastrointestinal, no es un diagnóstico 100 % preciso. En un pequeño porcentaje de casos puede resultar en una falta de diagnóstico o un diagnóstico erróneo. A veces hay otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos disponibles, tales como análisis de laboratorio, tratamiento médico, radiografía y cirugía. También puede optar por no realizarse estudios de diagnóstico o tratamiento. Su médico puede hablar sobre estas opciones con usted.

Iniciales del paciente Patient Initials: _____

Breve descripción de procedimientos endoscópicos

1. **SEDACIÓN Y ANALGESIA:** administración de medicamentos intravenosos antes y durante el procedimiento para lograr un estado de relajación y comodidad suficiente como para mejorar la tolerancia al procedimiento.
2. **Esofagogastroduodenoscopia (EGD):** examen de esófago, estómago y duodeno. Se pueden realizar biopsias o polipectomía (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
3. **DILATACIÓN ESOFÁGICA:** se puede llevar a cabo la dilatación (usando sondas de dilatación o dilatadores con balón) para estirar las zonas estrechas del esófago.
4. **ENTEROSCOPIA:** examen del intestino delgado. Se pueden realizar biopsias o polipectomía (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
5. **SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE:** examen del ano, recto y lado izquierdo del colon. Ocasionalmente se puede examinar todo el colon (colonoscopia). Se pueden realizar biopsias o polipectomía (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
6. **COLONOSCOPIA:** examen de todo o una parte del colon. Los pacientes mayores y los pacientes que tienen diverticulitis son más propensos a tener complicaciones. Se pueden realizar biopsias o polipectomía (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
7. **DILATACIÓN DEL COLON:** se puede llevar a cabo la dilatación (usando sondas de dilatación) para estirar las áreas estrechas del colon.
8. **ILEOSCOPIA:** examen de la porción inferior del intestino delgado (ileon) a través de la ileostomía de la persona. Se pueden realizar biopsias o polipectomías (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).
9. **ENDOSCOPIA DE RESERVOIRIO ILEOANAL:** examen del reservorio ileoanal. Se pueden realizar biopsias o polipectomías (extirpación de crecimientos pequeños llamados pólipos).

Consentimiento: autorizo la administración de los medicamentos que se puedan considerar recomendables o necesarios para mi comodidad, bienestar y seguridad. Doy mi consentimiento para la obtención y publicación de las fotografías tomadas para ser usadas en el avance de la educación médica. Certifico que entiendo la información sobre la endoscopia gastrointestinal. Se me informó plenamente los posibles riesgos y complicaciones de mi procedimiento y tuve la oportunidad de hacerle todas las preguntas a mi médico. Certifico que la información que di como paciente sobre mis antecedentes, problemas, medicamentos, alimentos e ingesta de líquidos es correcta. También entiendo que un adulto responsable debe acompañarme del Centro de Endoscopia a mi hogar cuando reciba el alta. Entiendo que ignorar dicho consejo podría ponerme en riesgo si se desarrollan problemas y no se reportan. Por el presente autorizo y permito que:

Nombre del médico Physician Name: _____

Y a quien él delegue como su asistente, me realice los siguientes procedimientos:

Procedimiento (s) Procedure (s):

- Colonoscopia con posible biopsia, polipectomia o dilatacion
Colonoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Esofagogastrroduodenoscopia (EGD) con posible biopsia, polipectomia o dilatacion
Esophagogastrroduodenoscopy (EGD) with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Sigmoidoscopia flexible con posible biopsia, polipectomia o dilatacion
Flexible Sigmoidoscopy with possible biopsy, polypectomy, and / or dilation
- Enteroscopia con posible biopsia o polipectomia
Enteroscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Ileoscopia con posible biopsia o polipectomia
Ileoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Endoscopia de reservorio ileoanal con posible biopsia o polipectomia
Pouchoscopy with possible biopsy and / or polypectomy
- Otro Other: _____

Si surge alguna condición imprevista durante este procedimiento que requiera (según el criterio del médico) procedimientos, tratamientos u operaciones adicionales, le autorizo a hacer lo que considere aconsejable, incluyendo reanimación cardiopulmonar y traslado al hospital local. Comprendo que en caso de ser trasladado, mis instrucciones anticipadas, si fueron proporcionadas al centro, se enviarán al hospital. Me consta que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me garantizó nada respecto al resultado de este procedimiento.

Firma del paciente o representante legal:

Fecha:

Hora:

Patient or Legal Representative Signature

Date

Time

Firma del testigo:

Fecha:

Hora:

Witness Signature

Date

Time

Firma del intérprete:

Fecha:

Hora:

Interpreter Signature

Date

Time