



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

Falguny Bhavan MD, Nabil Choueiri MD, Makkaleem Em MD,
Katherine Hoda MD, Patricia Kao MD, Robert Ponec MD

EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La endoscopia gastrointestinal consiste en la visualización directa del aparato digestivo con instrumentos iluminados. La siguiente información se presenta para ayudarle a entender los motivos y los posibles riesgos de estos procedimientos. A la hora de su examen, el interior del aparato digestivo será inspeccionado a fondo y posiblemente será fotografiado. Si se detecta o se sospecha que existe alguna anomalía, es posible que quitemos una pequeña parte de tejido (biopsia) o que usemos un cepillo para remover una muestra de tejido. Si se encuentra un pólipo, es posible que se lo quitemos. Estas muestras se enviarán al laboratorio para determinar si contienen células anormales. Si hay sangrado activo, el tratamiento podría incluir colocación de abrazaderas endoscópicas, coagulación por calor o una inyección de medicación directamente al sitio de sangrado. Si el lumen (el canal) del tracto digestivo está estrecho, podrá ser dilatado (estirado). Un médico, una enfermera diplomada o un anestésista pueden administrarle medicamentos para lograr la sedación por vía intravenosa para que este cómodo durante el procedimiento.

RIESGOS Y COMPLICACIONES PRINCIPALES DE LA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

En general, la endoscopia gastrointestinal es un procedimiento de pocos riesgos. Sin embargo, algunas de las complicaciones y los riesgos de la endoscopia gastrointestinal incluyen:

- **PERFORACION:** El paso del instrumento puede causar una herida en la pared del tracto gastrointestinal con el posible escape de los contenidos gastrointestinales a una cavidad del cuerpo. Si ocurre esto, puede requerir hospitalización y cirugía para cerrar el fluido y/o drenar la región.
- **SANGRADO:** La biopsia, la polipectomía, y la dilatación pueden causar sangrado. El tratamiento de estas complicaciones puede incluir observación cuidadosa, hospitalización, transfusiones o posiblemente un procedimiento quirúrgico.
- **FLEBITIS POR MEDICACIÓN:** Los sedantes pueden irritar la vena en la que se inyectan. Esto podría causar una hinchazón roja y dolorosa de la vena y del tejido circundante. La incomodidad del área puede persistir durante varias semanas o meses. Aunque es inusual, el área podría infectarse. Si ocurre esto, usted debe ponerse en contacto con nuestro consultorio para que se evalúe.
- **INFECCIÓN:** La aspiración de los contenidos del estómago al pulmón puede causar pulmonía o raramente una infección de una válvula del corazón.
- **NO DETECTAR** un pólipo o un neoplasma significativo.
- **REACCIÓN ALÉRGICA** a los medicamentos tomados antes, durante y/o después del procedimiento. Las reacciones pueden incluir, pero no se limitan a: náusea, vómitos, reacción alérgica, fatiga, mareo, posible pérdida de conocimiento, irritación y comezón de la piel, irritación de las venas, falta del aliento, y ritmo disminuido o ausencia de respiración, depresión respiratoria, cambios del ritmo cardíaco o un paro cardíaco.
- **DAÑOS EN LOS DIENTES:** Durante una endoscopia los dientes con corona, postizos, flojos o en mal estado se pueden dañar. Incluso los dientes normales pueden verse afectados en raras ocasiones.
- **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:** Durante una endoscopia capsular, la cápsula puede atascarse en el intestino en lugar de salir de su cuerpo. Una obstrucción puede requerir cirugía inmediata.
- **OTROS RIESGOS** Reacciones a medicamentos y complicaciones derivadas de enfermedades u otras afecciones médicas que el paciente ya pueda tener. Falla de los instrumentos y el fallecimiento es extremadamente inusual, pero existen remotas posibilidades. La intubación (colocación de un tubo respiratorio), la reanimación (RCP) y la hospitalización pueden ser necesarias. **Usted debe informar a su médico si tiene alguna alergia u otro problema médico.** Si hay un cambio importante en su historial médico/quirúrgico (incluyendo embarazo) después de la hora programada, es responsabilidad suya llamar a nuestro consultorio antes del procedimiento. Los pacientes mayores, que han tenido cirugía pélvica previa, están médicamente enfermos, o tienen diverticulitis extensa, son posiblemente más propensos a sufrir complicaciones durante una colonoscopia o sigmoidoscopia.

ALTERNATIVAS A LA ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

Aunque la endoscopia GI suele ser un procedimiento de bajo riesgo y se considera un medio seguro y eficaz de examinar el tracto GI, no es cien por cien exacta en el diagnóstico. A veces hay otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos disponibles, como el tratamiento médico, las pruebas de laboratorio, las imágenes de tipo radiográfico y la cirugía. Otra opción es optar por no realizar estudios diagnósticos ni tratamiento alguno.



Breve descripción de los procedimientos endoscópicos

- Colonoscopy*
- ☐ COLONOSCOPIA: Examen de una parte o de todo el colon. Polipsectomía (la extracción de pequeños crecimientos llamados pólipos) se podría realizar, si es necesario, por el uso de un lazo de alambre y una corriente eléctrica.
- EGD*
- ☐ EGD (esofagogastroduodenoscopia): Examen del esófago, el estómago y el duodeno.
- ☒ POSIBLE DILATACIÓN/POLIPECTOMÍA/BIOPSIA: Es el uso de tubos o globos para dilatar (estirar) las áreas estrechas del esófago, el intestino delgado o el colon. La biopsia es la extracción de una muestra de tejido del tracto gastrointestinal. La polipsectomía es la extirpación de un pequeño crecimiento de tejido extra del tracto gastrointestinal.
- Bravo*
- ☐ BRAVO PH: inserción del monitor. Conexión del monitor de pH al esófago.
- Capsule placement*
- ☐ COLOCACIÓN DE CÁPSULA: Colocación de una pequeña cámara inalámbrica para tomar imágenes del tracto digestivo.
- Sigmoidoscopy*
- ☐ SIGMOIDOSCOPIA: Examen del ano, el recto, y de la parte izquierda del colon generalmente hasta una profundidad de 60cm.
- Ileoscopy/Pouchoscopy*
- ☐ ILEOSCOPIA/BOLSOSCOPIA: Examen del íleon a través de una estoma de ileostomía o bolsa íleo.
- Enteroscopy*
- ☐ ENTEROSCOPIA: Examen de la parte superior del intestino delgado a través de la boca.
- Fecal Transplant*
- ☐ TRANSPLANTE DE MATERIAL FECAL: El uso de productos de material fecal, para el tratamiento de c. difficile, es para investigaciones.

Esta información ha sido explicada de manera comprensible. Estoy consciente de que puede haber procedimientos alternativos u otros métodos de tratamiento disponibles. Estoy consciente de los riesgos y las complicaciones posibles de los procedimientos.

Me han preguntado si quiero una descripción más detallada, y me declaro satisfecho con la explicación que he recibido. No quiero ninguna información adicional. Certifico que la información proporcionada por mí como paciente sobre mi historial, problemas, medicamentos, ingesta de alimentos y líquidos es correcta.

Entiendo que, debido a la sedación, no puedo conducir, operar maquinaria, celebrar contratos legales ni consumir bebidas alcohólicas el día del procedimiento. Entiendo que si no tengo un adulto responsable capaz de llevarme o acompañarme, no puedo caminar o tomar un autobús, taxi, o realizar un viaje compartido (por ejemplo, Uber o Lyft) a casa y debo organizar previamente el transporte con una compañía de transporte médico aprobada. Si me presento en Salem Endoscopy sin un adulto responsable físicamente capacitado que me acompañe o sin un medio de transporte aprobado previamente, mi procedimiento será cancelado.

Si surge alguna condición imprevista durante el procedimiento, que (por juicio del médico) exige otro procedimiento, tratamiento u operación, le doy mi autorización para hacer lo que el médico considera aconsejable, que incluye entre otros, medidas de soporte vital y traslado al hospital local. Entiendo que mi directiva anticipada, si es proporcionada a Salem Endoscopy, se enviará al hospital si me transfieren. Entiendo que la práctica médica y cirugía no son una ciencia exacta, y **estoy consciente de que no se me ha hecho ninguna garantía sobre los resultados del procedimiento.**

Doy mi permiso y mi consentimiento a: Dr./a. _____, y a quien sea designado como ayudante, para realizar los procedimientos seleccionados anteriormente.

Firma:

Paciente o persona autorizada Nombre en letra de imprenta Fecha/Hora: _____

Testigo Nombre en letra de imprenta Fecha/Hora: _____

☐ Marque esta casilla si el consentimiento telefónico requiere un segundo testigo.

Segundo testigo Nombre en letra de imprenta Fecha/Hora: _____