

# CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPÍA DIGESTIVA



Yo, (nombre y apellido)..... declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado/a en términos fácilmente comprensibles, por el/la Dr./Dra. .... sobre la naturaleza y propósito de la/s práctica/s. Entiendo que se me realizará una o dos de las siguientes prácticas enunciadas (*marcar con X el procedimiento propuesto y lea por favor las implicancias de cada estudio*):

Una **endoscopia gastrointestinal (GI) superior o VEDA** (video endoscopia digestiva alta) es un procedimiento en el cual un médico usa un instrumento llamado endoscopio para observar el revestimiento interior del esófago, estómago y duodeno (que es la primera parte del intestino delgado). Este estudio puede ayudar a determinar las razones por las que una persona puede tener problemas para tragar, náuseas, vómitos, reflujo, sangrado, indigestión, dolor abdominal o dolor en el pecho. También permite la toma de muestras de tejido (biopsias), así como realizar diferentes tratamientos (resección de pólipos, coagulación de lesiones sangrantes, dilatación de estrecheces, ligadura de várices, etc.). Este procedimiento se hará con anestesia. Aproximadamente 1 persona de cada 1,000 experimentará sangrado del esófago (esófago), estómago y duodeno donde se extirpó una lesión o pólipo. Este sangrado suele ser leve y normalmente se puede detener a través del endoscopio. En raras ocasiones, será necesaria una cirugía para detener el sangrado. También puede ocurrir daño en los dientes o mandíbula debido a la presencia de instrumentos en la boca. Las personas deben saber que algunas de sus condiciones médicas pre-existentes pueden empeorar luego de este procedimiento. Aproximadamente 1 persona de cada 5,000 tendrá accidentalmente un orificio (perforación) en el esófago, estómago o duodeno. Esto puede provocar una fuga del contenido del estómago hacia el abdomen. Si se hace un orificio, será necesaria la hospitalización para recibir tratamiento adicional, que puede incluir una cirugía. Podrían aparecer algunos signos de alarma tales como fiebre, dificultad/dolor al tragar y/o en la región toracoabdominal. Es posible que la VEDA no pueda completarse debido a problemas internos de su cuerpo. Existen un procedimiento alternativo con sus riesgos, sus beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto. Dicha alternativa consiste en un estudio radiológico y contrastado llamado "seriada esófago-gastro-duodenal", la cual, si bien no requiere anestesia general, no ofrece la misma precisión que la VEDA para la detección de lesiones (úlceras, estadios iniciales de tumores). Además, estas radiografías no permiten la toma de biopsias ni realizar procedimientos terapéuticos.

Una **colonoscopia o videocoloscopia (VCC)** es un procedimiento en el cual el médico usa un instrumento llamado colonoscopio para observar el revestimiento interior de su intestino. Este procedimiento comienza en el ano y sube por el colon hasta el lado derecho del intestino grueso (ciego). Esto se hace para ver si hay crecimientos, pólipos o enfermedades en el intestino. Es posible que sea necesario extraer pequeñas partes del intestino para realizar biopsias para estudiar con un anatomopatólogo. Este procedimiento requiere anestesia. Existen riesgos y complicaciones con este procedimiento. Los riesgos y complicaciones comunes incluyen dolor leve y malestar en el abdomen durante uno a cinco días después del procedimiento. Esto generalmente, se resuelve al caminar y moverse para deshacerse del aire atrapado. Aproximadamente 1 persona de cada 1,000 obtendrá accidentalmente un orificio (perforación) en el intestino, lo que provocará una fuga del contenido del intestino hacia el abdomen. Puede ser necesaria una cirugía para reparar el orificio. Puede ser necesaria una cirugía para reparar el orificio. Aproximadamente 1 persona de cada 100 experimentará un sangrado significativo del intestino donde se extrajo un pólipo. En este caso, puede ser necesaria una colonoscopia adicional, una transfusión de sangre o una operación. También es posible que no pueda verse todo el intestino durante el estudio. Esto puede suceder si el intestino no está completamente limpio o si el colonoscopio no puede pasar al final del intestino grueso. Asimismo, podrían aparecer algunos signos de alarma tales como fiebre y/o escalofríos que requieren consulta médica inmediata. El índice de complicaciones globales descrito de una VCC es de 0.3% y asciende hasta un 2.3% si se realizan procedimientos terapéuticos. A continuación, se describen procedimientos alternativos y sus riesgos, sus beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son un estudio tomográfico llamado "colonoscopia virtual" y/o un estudio radiológico contrastado denominado "colon por enema", los cuales, si bien no requieren anestesia, no ofrecerán la misma precisión que la VCC para la detección de lesiones (pólipos pequeños, estadios iniciales de tumores, y en enfermedades inflamatorias del intestino). Además, no permiten la toma de biopsias ni realizar procedimientos terapéuticos.

**Los riesgos comunes a ambos procedimientos (VEDA y/o VCC) son los siguientes:**

Los riesgos y complicaciones más frecuentes al realizarse una endoscopia gastrointestinal con anestesia incluyen náuseas y vómitos, desmayos o mareos, especialmente al movilizarse luego del procedimiento; dolor de cabeza; dolor, enrojecimiento o hematomas en el lugar de la inyección de la sedación; dolores y molestias musculares; alergia no conocida a medicamentos administrados en el momento del procedimiento. Ahora bien, existen otras complicaciones poco frecuentes como la bacteriemia (infección en la sangre). Esta complicación necesitará antibióticos e incluso internación. También puede ocurrir una alteración sensorial del brazo debido a la posición durante el procedimiento, generalmente temporal. Asimismo, puede ocurrir una alergia grave a los medicamentos administrados. También se ha observado la posibilidad de tener una neumonía luego de estos procedimientos por aspiración de vómito.

Se han descrito alteraciones cardíacas tales como arritmias y ataques cardíacos durante una VEDA o una VCC. La muerte como resultado de las complicaciones de estos procedimientos es rara.

***Manifiesto que:***

He sido informado/a acerca de los beneficios, las complicaciones y las consecuencias, ciertas o previsibles, de la NO realización del procedimiento propuesto o de su alternativa, que dejarían libradas las lesiones a su natural evolución.

Reconozco que el médico me ha explicado; mi afección médica y el procedimiento propuesto, incluido el tratamiento adicional si el médico encuentra algo inesperado. Entiendo los riesgos, incluidos los riesgos propios de mis enfermedades previas.

Si durante el procedimiento ocurren eventos inmediatos que pongan en peligro mi vida autorizo al equipo tratante a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estime conveniente en toda situación de emergencia que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los fármacos necesarios, de anestesia y de transfusiones de sangre/derivados.

Consiento que se permita acceder a la información vinculada con mi Historia Clínica para fines educativos que sean utilizados en beneficio de la comunidad médica, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan.

También autorizo al médico que realizará el procedimiento a la toma de biopsias durante el procedimiento para realizar estudios histopatológicos, comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico adecuado. Me comprometo a contactarme con el laboratorio de anatomía patológica para retirar el resultado de los estudios y entregárselos personalmente a mi médico tratante.

Asimismo, me comprometo a cooperar con el cuidado de la evolución posterior al procedimiento, así como a informar en forma inmediata al médico especialista sobre cualquier cambio en la evolución normal.

Entonces, habiendo recibido toda la información inherente al/ a los procedimiento(s) médicos que se me realizará(n), y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia que pude hacer preguntas y de que me fueron respondidas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudios señalados precedentemente.

Buenos Aires, ..... del mes de ..... del año .....

Firma y aclaración del Medico operador :.....

Firma y aclaración del paciente :..... DNI: .....