

Consentimiento Informado Endoscopía Digestiva

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Nombre y apellido:

DNI:

Fecha de nacimiento: / /

El Consentimiento Informado es la potestad que todo paciente tiene de aceptar libremente y sin presiones, que se practiquen en su cuerpo, por necesidad diagnóstica o terapéutica, algún procedimiento clínico, laboratorial, imagenológico o instrumental. El/los mismo(s) que se realizará(n) con la previa explicación detallada de la persona que realizará el procedimiento, para que el paciente conozca y comprenda cómo será realizado el/los procedimiento(s) y cuáles son sus beneficios, riesgos o complicaciones, y para que pueda obtener respuestas a sus preguntas.

Este documento es puesto en conocimiento del Paciente, Familiar o Representante Acreditado del paciente con anterioridad a la(s) intervención(es) quirúrgica(s) y/o procedimientos médicos necesario(s) que se le vayan a realizar en el Sanatorio Las Lomas quien(es) enterado(s) de su contenido, libre y voluntariamente lo suscribe(n). Para que lo mencionado pueda cumplirse Ud. Debe efectuar todas las preguntas que crea necesarias.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Expresión Consentimiento Informado Endoscopía Digestiva

I. DECISIÓN DE INFORMACIÓN

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi atención, los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán, así como también se me ha sido informado que:

1. Puedo NO DESEAR recibir esta información, en cuyo caso el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie NO DESEO SER INFORMADO (*Tildar aquí si el paciente no desea ser informado*):
2. O puedo autorizar a: número de DNI / PASAPORTE a RECIBIR INFORMACIÓN y a DECIDIR sobre el tratamiento al que seré sometido.

Además, he sido informado que este consentimiento PODRÁ SER REVOCADO en cualquier momento anterior a la realización del procedimiento, en cuyo caso se suscribe en el lugar que se destina al pie.

II. PROCEDIMIENTO

El procedimiento a realizarme en la institución será:

ENDOSCOPÍA GASTROINTESTINAL SUPERIOR o VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA SÍ NO
COLONOSCOPIA O VIDEOCOLOSCOPIA(VCC) SÍ NO

ENDOSCOPÍA GASTROINTESTINAL (GI) SUPERIOR o VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (VEDA), que consiste en 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, estómago y duodeno si se hubiera extirpado una lesión o pólipos. Este sangrado suele ser leve y normalmente se puede detener espontáneamente o a través del endoscopio. En muy 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 sobre todo en los pacientes que presentan problemas graves en su dentadura o prótesis parciales. Las personas deben saber que algunas de sus condiciones médicas preexistentes pueden empeorar luego de este procedimiento como ocurre con

Código del documento: SLL-QUI-FOR-068-001

Fecha de próxima revisión: 17/8/2026

Que este documento este impreso constituye una **copia no controlada** la versión vigente se encuentra disponible en Intranet del Sanatorio Las Lomas.

Consentimiento Informado Endoscopía Digestiva

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



cualquier procedimiento invasivo. 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.

COLONOSCOPIA O VIDEOCOLOSCOPIA (VCC) consiste en 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 pólipos que son en su mayoría los precursores de los tumores en el colon, o enfermedades en el intestino grueso. 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 se le podrá realizar 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. Aproximadamente 1 persona de cada 100 experimentará un sangrado significativo del intestino donde se extrajo un pólipos. 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 llegar al final del intestino grueso llamado ciego. Asimismo, podrían aparecer algunos signos de alarma tales como fiebre y/o escalofríos que requieren consulta médica inmediata. El índice de complicaciones globales descripto de una VCC es de 0.3% y asciende hasta un 2.3% si se realizan procedimientos terapéuticos.

Por medio del presente documento, manifiesto entender que:

1. Mi procedimiento endoscópico en la institución implicará como beneficio, la posibilidad que durante la intervención se logre diagnosticar, controlar, mejorar y/o resolver la enfermedad que motivo la consulta o prevenir una enfermedad (no hay internación son ambulatorias las endoscopias).
2. Mi procedimiento endoscópico tiene ciertos riesgos asociados al mismo, entre los que se encuentran: a) náuseas y vómitos; b) desmayos o mareos, especialmente al movilizarse luego del procedimiento; c) alergia no conocida a medicamentos administrados en el momento del procedimiento; d) bacteriemia (infección en la sangre); e) alteración sensorial del brazo debido a la posición durante el procedimiento, generalmente temporal; g) neumonía luego de estos procedimientos por aspiración de vómito; h) alteraciones cardíacas tales como arritmias y ataques cardíacos; i) Inclusive el fallecimiento como resultado de alguna complicación.
3. He recibido información acerca de que existe una alternativa que es:
En casos de ENDOSCOPÍA GASTROINTESTINAL (GI) SUPERIOR o VIDEOENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA (VEDA), la 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 (ulceras, estadios iniciales de tumores). Además, estas radiografías no permiten la toma de biopsias, ni realizar procedimientos terapéuticos por lo cual no es una alternativa para todos los casos (ejemplo: en la sospecha de enfermedad celiaca la veda se realiza para tomar biopsias de duodeno y confirmar la celiaquía).

En casos de COLONOSCOPIA o VIDEOCOLOSCOPIA (VCC), la alternativa consiste en 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, extracción de

Consentimiento Informado Endoscopía Digestiva

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



pólips premalignos, ni realizar procedimientos terapéuticos.

4. En caso de rechazar el procedimiento existe la posibilidad que la enfermedad no se logre tratar, pudiendo implicar un eventual deterioro progresivo de mi salud e incluso el fallecimiento o en el caso de realizarse el estudio para prevenir tumores no poder hacerlo.
5. El presente consentimiento no permite al Sanatorio Las Lomas realizar transfusiones de hemoderivados, administrar drogas quimioterápicas, sustancias de contraste y/o radioactivas. Para todas estas situaciones se deberá firmar un consentimiento específico. En el caso de que se haya realizado reserva de sangre previa a este procedimiento el Sanatorio podrá realizar las transfusiones necesarias durante la cirugía.

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA

Le informaremos de forma sencilla la función del anestesiólogo, y los riesgos del proceder anestésico. También lo que puede hacer para disminuir el riesgo anestésico.

El anestesiólogo se encarga de realizar la anestesia y cuidar de su seguridad, bienestar y confort durante la intervención. Permanece con usted durante todo el procedimiento, vigilando el normal funcionamiento de su organismo y signos vitales. Para realizar esto necesita de fármacos y materiales de diversa índole como agujas, sondas, tubos, y aparatos: monitores, respiradores.

- **ANESTESIA GENERAL:** Se administran fármacos que hacen que quede inconsciente y permanezca en ese estado mientras dura el procedimiento. Estos fármacos facilitan la realización de la intervención y hacen que su organismo no sienta dolor. Pero suprimen reflejos protectores, como los encargados de mantener libre la vía aérea, o pueden deprimir la respiración. Por eso es necesario utilizar sistemas para proteger la vía aérea, como colocación de tubos en la boca o en la tráquea, y uso de asistencia respiratoria. Los fármacos pueden administrarse por vena y/o gas inhalado.

Una vez finalizado el procedimiento pasará a una área de recuperación, donde permanecerá un tiempo variable para control y cuidados postoperatorios. Su anestesiólogo y su cirujano determinarán el momento que puede abandonar el área quirúrgica y pasar a un box de observación o a su domicilio.

RIESGOS DE LA ANESTESIA

La anestesia es muy segura. Eso no quiere decir que esté exenta de riesgos. Existe siempre un riesgo potencial de muerte o lesiones neurológicas, cardíacas, respiratorias o de otros órganos, transitorias o permanentes. Todo proceder anestésico entraña un riesgo inherente a la técnica. Este riesgo puede verse aumentado en función del procedimiento al que será sometido, de las circunstancias que concurren en Ud. (edad, hábitos tóxicos, patología actual y asociada, antecedentes médicos y quirúrgicos, medicación que recibe, estado previo a la anestesia, etc.) y de las eventuales complicaciones que pueden surgir, inclusive el fallecimiento.

INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA

Manifiesto haber comunicado a mi médico en caso de tomar medicación alguna o que alteren la coagulación, alergias a fármacos, alimentos o materiales (por ejemplo, al látex). Declaro haber respetado el ayuno indicado previo al procedimiento. He manifestado a mi médico en caso de ser fumador asiduo. Estoy en conocimiento que, de ser posible, debo acudir acompañado y no podré conducir o tomar decisiones legales hasta 24 hs posteriores al procedimiento, según el tipo de anestesia realizada.

ANESTESIA A RECIBIR (debe ser llenado por el médico anestesiólogo)

Para dicho procedimiento/tratamiento se me aplicará el siguiente plan de anestesia:

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> General inhalatoria | <input type="checkbox"/> General intravenosa |
| <input type="checkbox"/> General balanceada | <input type="checkbox"/> Sedación |

IV. INFORMACIÓN ADICIONAL

Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal, otorgo en forma libre mi consentimiento al Médico a Cargo para que, en ejercicio legal de su profesión, así como los

Consentimiento Informado Endoscopía Digestiva

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



demás profesionales de la salud que se requieran y del personal auxiliar de servicios asistenciales del Sanatorio Las Lomas, se me practique(n) la(s) intervención(es) quirúrgica(s), procedimiento(s) médicos arriba mencionado(s) y colocación de anestesia. Autorizo, para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales en el punto II y III, si en el curso del procedimiento médico llegara a presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del Médico a Cargo los haga aconsejables.

Declaro que he sido advertido que la práctica endoscópica y anestésica que requiero, no son ciencias exactas y reconozco que no se me garantiza ni asegura sobre el resultado de este procedimiento.

Declaro haber manifestado cualquier condición especial, embarazo o enfermedad, que, pudiera contraindicar este tipo de intervención(es).

Acepto que se me coloquen sueros, inyectables, sondas o catéteres sabiendo que su uso puede provocarme alguna molestia o dolor, complicaciones locales (irritación, equimosis, abscesos localizados, hematomas, entre otras).

He sido informado y acepto que, en la adopción de medidas de seguridad y control de calidad, la institución cuenta con un Circuito Cerrado de Televisión (CCTV), que monitorea y graba diversas áreas, pasillos, halls centrales, quirófano, al cual sólo tiene acceso personal autorizado. Acepto que ciertos y determinados datos de mi Historia clínica podrán ser tratados por la Institución con finalidades académicas, estadísticas o científicas relativas al ámbito de la salud, garantizando la institución, que los mismos no permitirán la identificación de su titular.

Declaro haber sido informado que el acto quirúrgico puede ser filmado con fines de calidad y seguridad preservando en todo momento, mi intimidad y confidencialidad.

El presente consentimiento ha sido leído y comprendido por mi persona en su integridad, por lo que doy mi pleno consentimiento.

FIRME AQUÍ EN EL CASO DE ACEPTAR REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Firma de paciente (*):

Aclaración:

DNI:

Firma de representante legal (*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma de profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

Firma de profesional de Anestesiología:

Aclaración:

Matrícula:

(*) En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.

Código del documento: SLL-QUI-FOR-068-001

Fecha de próxima revisión: 17/8/2026

Que este documento este impreso constituye una **copia no controlada** la versión vigente se encuentra disponible en Intranet del Sanatorio Las Lomas.

Consentimiento Informado Endoscopía Digestiva

Ley 26.529 – Ley 26.742 – Dec. 1089/12 – Arts. 26, 59 y cc del Código Civil y Comercial de la Nación



Revocación (anulación) Consentimiento Informado Endoscopía Digestiva

Buenos Aires, a los días del mes de de 202.....

Teniendo en cuenta que:

- 1) Con anterioridad a esta fecha he firmado el Consentimiento Informado Endoscopía Digestiva.
- 2) Se me ha explicado que, debido a mi diagnóstico arriba indicado, no es conveniente dicha revocación, ya que comprende riesgos para mi salud.

No obstante, **DECIDO** en forma libre e informada: **REVOCAR** a partir de esta fecha el Consentimiento Informado otorgado arriba, asumiendo responsabilidad y deslindando a la institución, médicos y profesionales tratantes.

SOLO FIRME AQUÍ SI DESEA REVOCAR (ANULAR) EL CONSENTIMIENTO YA FIRMADO

Firma de paciente (*):

Aclaración:

DNI:

Firma de representante legal (*):

Aclaración:

Vínculo:

DNI:

Firma de profesional tratante:

Aclaración:

Matrícula:

(*) En caso de que el paciente sea menor de 16 años o se encuentre en estado de gravedad con impedimento físico, mental y/o psíquico para otorgar por sí mismo el Consentimiento Informado, será el Representante Acreditado quien lo otorgue. Debe ser un familiar de primer grado, o persona que porte un Poder específico otorgado por el Paciente.