

Consentimiento informado para procedimientos gastrointestinales y colorrectales

Breve descripción de los procedimientos

1. **Endoscopia Superior (EGD o esófagoduodenoscopia)/Enteroscopia/Ileoscopy/Endoscopia del reservorio ileal:** Examen del esófago, estómago, intestino delgado, íleo, o reservorio con un telescopio flexible de video, remoción de pólipo(s), biopsia o cauterio de cualquier tejido sospechoso, terapia de inyección, cauterio, o ligadura con banda elástica para controlar cualquier sangrado, posible marcado del intestino para volver a ubicar sitios sospechosos, y dilatación (estiramiento) de áreas estrechas.
2. **Sigmoidoscopia/Colonoscopia flexible** Examen del intestino grueso con posible remoción de pólipo(s), posible biopsia o cauterio de cualquier tejido sospechoso, o control de cualquier sangrado, posible marcado del intestino para volver a ubicar sitios sospechosos, posible dilatación de áreas estrechas, y posible ligadura, escisión, o esclerosis hemorroidal.
3. **Anoscopia/Anoscopia de alta resolución (HRA):** Examen del canal anal y el recto con un anoscopio para ayudar a diagnosticar condiciones anales y rectales con una posible biopsia o cauterio de cualquier tejido sospechoso, o control de cualquier sangrado, posible ligadura, escisión, o esclerosis hemorroidal.
4. **Hemorroidectomía:** El tratamiento de las hemorroides puede implicar la ligadura con bandas elásticas, aplicación de energía térmica baja, o la coagulación. El lugar donde están las hemorroides normalmente dicta el método de tratamiento.
5. **Remoción de papila anal** El tratamiento de papilas anales puede implicar el cauterio o la ligadura.
6. **Fisurectomía:** El tratamiento de las fisuras anales puede implicar el uso de un cauterio. También es posible utilizar Botox para eliminar potenciales espasmos del esfínter.
7. **Incisión y drenaje de abscesos:** El tratamiento de abscesos puede implicar una incisión quirúrgica del área afectada para permitir el drenaje y fomentar la curación.
8. **Fistulotomía:** El tratamiento de fístulas anales implica el corte a través de la piel y el tejido subcutáneo para abrir a lo largo del tracto de la fístula y hacer un raspado del revestimiento de la fístula.

Principales riesgos y complicaciones

Las endoscopias y anoscopias gastrointestinales normalmente son procedimientos de bajo riesgo. Su médico ha discutido o discutirá la frecuencia de estas con usted, con particular énfasis en las indicaciones para usted para el procedimiento o procedimientos. USTED DEBE PREGUNTARLE A SU MÉDICO SI TIENE ALGUNA DUDA NO RESPONDIDA SOBRE SU PROCEDIMIENTO. Los riesgos incluyen (pero no se limitan a):

1. **Perforación.** El paso del instrumento puede resultar en una lesión de la pared del tracto gastrointestinal con la posible fuga de contenido gastrointestinal a la cavidad corporal. Si esto ocurre, podría ser necesaria una cirugía para cerrar la fuga o drenar el área o podría ser necesaria una colostomía.
2. **Sangrado:** El sangrado (agudo o demorado), en caso de ocurrir, generalmente es una complicación de una biopsia, polipectomía o dilatación. El tratamiento de esta complicación puede consistir en: controlar el sangrado, observación minuciosa, repetición de la endoscopia para detener el sangrado, o una posible intervención quirúrgica o transfusión de sangre.
3. **Flebitis por medicación:** Los medicamentos utilizados para la sedación pueden irritar la vena en la que se inyectan. Esto causa una hinchazón roja, dolorosa de la vena y el tejido circundante.
4. **Infección.** Puede ocurrir una infección inmediatamente después del procedimiento o durante la fase de recuperación y puede necesitar tratamiento con antibióticos o un procedimiento quirúrgico.
5. **Recurrencia de la condición:** Existe la posibilidad de que las lesiones, papilas o hemorroides reaparezcan después del tratamiento.
6. **Otros riesgos:** Incluyen reacciones a los medicamentos, complicaciones de otras enfermedades que usted ya tenga (es decir, colitis o diverticulitis); no poder terminar el examen; y la posibilidad de no detectar un pólipo o cáncer de colon. El fallo de instrumentos y la muerte son extremadamente raros pero siguen siendo una posibilidad remota. USTED DEBE INFORMAR A SU MÉDICO DE TODAS SUS TENDENCIAS ALÉRGICAS Y PROBLEMAS MÉDICOS.

Alternativas:

Aunque estos procedimientos gastrointestinales y colorrectales son medios seguros y efectivos de examinar el tracto gastrointestinal, el canal anal, y el recto, no son cien por ciento exactos en el diagnóstico. En un pequeño porcentaje de casos, puede haber un fallo de diagnóstico o un diagnóstico errado. También existe la disponibilidad de otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, como la colonoscopia virtual, el tratamiento médico, los rayos X y la cirugía. Otra opción es no escoger ningún estudio diagnóstico o tratamiento. Su médico estará encantado de discutir estas opciones con usted.

Después de haber leído, recibido y entendido completamente la información anterior de mi médico o médicos,

1. en este acto yo autorizo el o los procedimientos siguientes <procedimiento(s)>
2. He recibido y entiendo totalmente la información con respecto a: (a) la naturaleza y los fines del procedimiento propuesto y los cuidados, tratamiento, servicios, medicamentos, e intervenciones relacionados; (b) las alternativas al procedimiento o procedimientos, al igual que los riesgos y beneficios importantes de dicho procedimiento o procedimientos alternativos; (c) el resultado clínico si elijo no hacerme el procedimiento o procedimientos propuestos; (d) los potenciales beneficios y posibles riesgos, efectos secundarios y complicaciones relacionados con el o los procedimientos, incluidos cualesquiera beneficios y riesgos asociados con la administración de anestesia (si fuere necesaria) y los potenciales problemas que podrían ocurrir durante la recuperación; y (e) la probabilidad de lograr las metas de cuidados, tratamiento y servicio. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas.
3. Entiendo que el Aviso de Privacidad del Centro describe cualquier limitación de la confidencialidad de mi información como paciente.
4. Entiendo que las personas enumeradas abajo son los únicos médicos que se prevé razonablemente que estén implicados activamente en el procedimiento indicado arriba.
5. Entiendo que debido a la sedación no puedo conducir ni operar maquinaria, tomar decisiones críticas, firmar documentos legales o consumir bebidas alcohólicas el día del procedimiento.
6. Entiendo que existe la posibilidad de que se revelen condiciones imprevistas que puedan requerir un cambio o extensión del procedimiento o procedimientos originales o que estos sean distintos de los que me han sido explicados. Por lo tanto, autorizo y solicito que el médico nombrado más abajo y sus asistentes o designados realicen los procedimientos que sean necesarios y deseables en el ejercicio de su criterio profesional.
7. Autorizo el uso de servicios que implican patología y radiología, incluida la extracción de sangre para pruebas de hepatitis/VIH en caso de exposición accidental.
8. Doy mi consentimiento para que se fotografíe, se filme o se grabe en video el tratamiento o procedimiento con fines diagnósticos, de documentación o educativos. Entiendo que se protegerá y no se revelará mi identidad.
9. Estoy de acuerdo en que cualquier órgano o tejido removido quirúrgicamente sea examinado y retenido con fines médicos, científicos o educativos y que se disponga de dichos tejidos u órganos conforme a las prácticas habituales.
10. Doy mi consentimiento para la presencia de otra persona o personas con el único propósito de observación o educación. Entiendo que esta persona o personas no participarán en el procedimiento.
11. Estoy consciente de que la práctica médica y quirúrgica no es una ciencia exacta. Admito que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados de este procedimiento.
12. En este acto autorizo y doy mi permiso para que el médico nombrado abajo y cualquier persona que este designe como su asistente/colega realicen el procedimiento o procedimientos mencionados anteriormente.

Firma del paciente:

<Firm_Paciente>

Nombre en letra de molde:

< Nombre del paciente >

Representante legalmente autorizado:

<nombre_Testigo1>

Relación con el paciente:

<relación>

Testigo solamente de la firma:

<nombre_Testigo2>

Firma del médico:

<Firm_Médico>

Fecha de hoy: