	FORMATO	CÓDIGO: M-AD-FT-01
		FECHA: Abril 30 de 2020
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA</b>	VERSIÓN: 04
		PAGINACIÓN: 1 de 2

### 1. ¿Qué es una Endoscopia Digestiva Alta?

Es un procedimiento médico que permite visualizar el Sistema Digestivo Alto, desde la boca hasta la primera porción del intestino delgado (duodeno).

### 2. ¿Para qué sirve?

El procedimiento médico de endoscopia sirve para diagnosticar la presencia o ausencia de enfermedades del esófago, estómago o duodeno y así mismo sirve para realizar el tratamiento de algunas lesiones que se encuentren en esta parte alta del sistema digestivo.

### 3. ¿Cómo se realiza?

El procedimiento se realiza con un anestésico local y a veces bajo sedación (cuando el paciente lo requiere o lo solicita). Consiste en introducir por la boca un tubo flexible que está conectado a un sistema de video, a través del cual se observa internamente la vía digestiva alta en busca de enfermedades que expliquen los síntomas referidos por el paciente, por ejemplo: inflamación, úlceras, tumores, obstrucciones, entre otras.

Este procedimiento requiere de **ayuno mínimo de 6 horas** y la aplicación de un anestésico local en la zona orofaríngea que es Lidocaína spray. Es importante que usted nos informe **antes** del examen si tiene alguna enfermedad cardiaca, respiratoria, hipertensión, diabetes, psiquiátricas u otras; si toma medicamentos diariamente, si es alérgico a algo y si lo han operado del algo recientemente.

### 4. ¿Qué riesgos tiene?

La Endoscopia Digestiva es un procedimiento seguro y bien tolerado, pero también existen algunos riesgos y consecuencias asociadas al procedimiento. Las complicaciones son muy raras (menos de un caso por cada 1000 personas), tales como:


- Perforación del esófago, del estómago o del duodeno; derrame pleural, dolor, bacteremia, sepsis, neumonía por aspiración, infecciones, endocarditis, reflujo, otitis, sinusitis, fascitis necrotizante infección en piel y/o pared abdominal, íleo paralítico, perforación, neumoperitoneo, fístula gastro-cólica, trauma a órganos cercanos (intestino delgado, hígado, colon). Pérdida de pieza dental.
- Sangrado en el lugar de la biopsia; disfagia, arritmias cardíacas, leucocitosis, fiebre, taquicardia, ulceración, estenosis, laceración de la mucosa superficial, rupturas vasculares, tromboembolismo, isquemia, broncoaspiración (paso de contenido gástrico o intestinal a los pulmones), enclavamiento del cuerpo extraño, infección, mediastinitis y/o peritonitis, trauma o pérdida de piezas dentales.
- Reacción adversa al sedante, flebitis química, infección, extravasación de medicamentos, hematomas, embolia gaseosa, lesión de nervios periféricos, dolor, tumefacción, punciones venosas fallidas.
- En algunos casos el manejo de estas complicaciones requieren hospitalización y/o cirugía. Cabe resaltar que como es un procedimiento invasivo, su complicación más grave sería la **muerte**.
- COVID-19:** Se aclara que aunque se cumplan con los protocolos de atención, las medidas de prevención, el uso de los elementos de protección personal de los colaboradores asistenciales y administrativos, el lavado de manos, el aislamiento social, el espaciamiento en las agendas médicas y demás medidas recomendadas por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud de Colombia para contener su propagación, por ser un virus altamente contagioso, todo **paciente y/o su acompañante** desde su traslado de residencia hasta llegar a Endocirujanos y durante su estancia, está en riesgo de contagio y tiene la posibilidad de sufrir la enfermedad Coronavirus COVID-19 con su presentación clínica, sus complicaciones o **muerte**.

Por lo que se solicita estar atento a las recomendaciones antes durante y después del procedimiento. Si sufre ansiedad no puede morder el equipo o retirarlo bruscamente porque aumenta el riesgo de complicación.

La sedación para el procedimiento es selectiva debido a que el estudio puede generar ansiedad en algunos pacientes, para ello se utilizan medicamentos vía intravenosa que pueden ocasionar reacciones cardiovasculares y/o pulmonares que podrían llevar a la **depresión cardiorrespiratoria y alergia medicamentosa**. Tras la sedación pueden aparecer síntomas como descenso de la presión arterial, aumento de las pulsaciones, dificultad respiratoria, agitación, mareo, náuseas, vómito y temblores; molestias que en muy pocos casos pueden llegar a ser complicaciones. La unidad de endoscopia cuenta con todo el equipo de reanimación y personal capacitado para asistir cualquier imprevisto.

### 5. ¿Qué beneficios tiene?

En su actual estado de salud, los beneficios que indican realizar este procedimiento superan los posibles riesgos. Por este motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado, ya que tendrá un diagnóstico inmediato de alguna enfermedad digestiva facilitando el tratamiento de forma oportuna.

	FORMATO	CÓDIGO: M-AD-FT-01
		FECHA: Abril 30 de 2020
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS DIAGNOSTICA Y/O TERAPEUTICA</b>	VERSIÓN: 04
		PAGINACIÓN: 2 de 2

## 6. ¿Hay otras alternativas?

Este estudio tiene como alternativa la Endoscopia Digestiva Virtual no disponible en este Centro Médico.

### DECLARACION Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, en forma libre y voluntariamente, DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A, en virtud de los derechos y con base en la LEY 23 de 1981 DECRETO REGLAMENTARIO 3380 de 1981 y la LEY 1438 de 2011, y en consecuencia, he comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento a **ENDOCIRUJANOS** como empresa legalmente constituida y habilitada para prestar servicios de salud, así como a los profesionales de la salud que en ella laboran, para que se me practique el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado:

**PROCEDIMIENTO:** \_\_\_\_\_

Bajo sedación Endovenosa: **SI**\_\_\_ **NO** \_\_\_

Con anestesia local: **SI**\_\_\_ **NO** \_\_\_

**ENDOCIRUJANOS** y los profesionales de la salud que la conforman, quedan con autorización para llevar a cabo procedimientos adicionales tanto diagnósticos (biopsia y otros), como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis, sondas o las que se considere en ese momento para mejorar mi estado de salud), que sean aconsejables durante la misma; a los autorizados en el punto anterior, si en el curso del mismo se llegare a presentar una situación advertida o imprevista que a juicio del médico los haga aconsejables. Consiento la administración de medicación que sea necesaria o aconsejable para la mejor realización del procedimiento. Igualmente consiento el uso de cámaras de video en el área de recuperación, mismas que solo tienen carácter de control y supervisión como parte del programa seguridad del paciente.

Declaro que he recibido amplias y suficientes explicaciones del procedimiento a que me voy a someter, lo mismo que de sus riesgos, molestias, complicaciones e imprevistos, las cuales considero satisfactorias. He sido advertido (a) de que dicho examen o tratamiento que me van a practicar compromete una actividad médica de medios y no de resultados.

Se me ha explicado que el tiempo de estancia en la institución es de 2 a 3 horas por tanto el acompañante debe ser mayor de edad que se encuentre en buenas condiciones generales, y estar en sala de espera antes, durante y después del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL PACIENTE**

Doc. De Identidad:

Dirección:

Teléfono:

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL TESTIGO**

Doc. De Identidad:

Parentesco:

Teléfono:

### DECLARACION Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, **Doctor** \_\_\_\_\_ he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**