

**jUNC HOSPITALS**  
**CHAPEL HILL, NORTH CAROLINA 27514**

**SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA**  
**ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR Y TOMA DE BIOPSIA**  
**MIM# 180**

Solicito y autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y/o asociados o asistentes de su elección en UNC Hospital a practicar en el paciente: \_\_\_\_\_ una endoscopia gastrointestinal superior y toma de biopsia.

También autorizo a controlar el sangrado, remover crecimientos anómalos y a dilatar áreas de estrechamiento anormales en mi tracto digestivo.

**Descripción del procedimiento:** La endoscopia gastrointestinal superior implica la inserción a través de mi boca de mi instrumento de video de fibra óptica largo y flexible llamado endoscopio hasta alcanzar mi tracto digestivo superior. El endoscopio permitirá a los médicos examinar mi esófago, estómago y duodeno, el cual es la primera porción de mi intestino delgado.

Si cualquier anomalía fuese observada, una o más biopsias podrían ser practicadas. Una biopsia implica la remoción de una pequeña muestra de tejido a través del endoscopio, la cual será examinada por un patólogo. Ocasionalmente, un pequeño cepillo es usado para obtener células del tracto digestivo para buscar evidencia de la presencia de infección o de cáncer, en caso de que estas patologías sean sospechadas.

Podrían ser practicados procedimientos terapéuticos si la endoscopia gastrointestinal superior identifica una fuente de sangrado reciente, una tumoración, o una estrechez en mi tracto digestivo. Estos procedimientos pueden incluir tratar el sitio del sangrado con un electrocauterio, laser, sonda caliente, inyección de agentes que causan la coagulación de la sangre o la colocación de pequeñas bandas elásticas alrededor de venas dilatadas, y/o remoción de comida o cuerpos extraños al aparato digestivo. Un electrocauterio es un instrumento que dirige una corriente eléctrica de alta frecuencia a través de un área de tejido.

También puede usarse electrocauterización para remover tumoraciones o pólipos en un procedimiento llamado polipectomía.

Áreas de estrechamiento del tracto gastrointestinal podrían ser ensanchadas mediante el uso de balones o tubos calibrados de varios tamaños.

Se me colocarán anestésicos locales en la parte posterior de la garganta para disminuir la incomodidad al introducir el endoscopio. Acepto que se me administren medicamentos sedantes como midazolam, droperidol, demerol o morfina por vía intravenosa para causar relajación y adormecimiento. Estos medicamentos también podrían resultar en un breve período de pérdida de la memoria y provocarme el que no recuerde el procedimiento. Muchos pacientes duermen durante el procedimiento, el cual dura aproximadamente entre 10 y 45 minutos.

**Riesgos:** Los siguientes riesgos han sido asociados con la endoscopia gastrointestinal superior:

1. Enlentecimiento de la respiración y ritmos cardíacos anormales: los medicamentos intravenosos pueden causar enlentecimiento de la respiración, y en raros casos pueden causar paro respiratorio. También podrían causar disminución de la presión sanguínea y/o alteraciones del ritmo cardíaco. Seré cuidadosamente monitorizado para determinar cambios en mi respiración, presión sanguínea y ritmo cardíaco.

2. Perforación del tracto digestivo: Una perforación o desgarro en el tracto digestivo ocurre en 3 de cada 10.000 procedimientos. El riesgo de perforación ocurre principalmente cuando se efectúan procedimientos para tratar un sitio de sangrado o para dilatar una porción estrecha del tubo digestivo. Una perforación ocurre con mayor frecuencia en presencia de tumoraciones u otra anomalía. Las perforaciones son tratadas con antibióticos y/o cirugía.

3. Efectos de la inyección y/o bandas elásticas en las venas dilatadas: el tratamiento con una inyección de un agente que produce coagulación de la sangre o la colocación de bandas elásticas en venas dilatadas pudiese causar fiebre, úlceras, infecciones severas, así como cicatrización y estrechamiento del esófago que podrían requerir tratamiento adicional.

4. Sangrado: puede ocurrir sangrado después de la endoscopia. Pueden ocurrir casos de sangrado excesivo que requieran de una transfusión sanguínea o de una cirugía para corregirlo.

5. Infección: A pacientes con soplos cardíacos o válvulas artificiales podrían administrárseles antibióticos antes de la ejecución de la endoscopia para de esta forma reducir el riesgo de infección de las válvulas cardíacas.

6. Aspiración de contenido estomacal: la aspiración del contenido estomacal hacia los pulmones ocurre raramente en los pacientes que son sometidos a este procedimiento.

7. Otras complicaciones que podrían ocurrir: Algunos pacientes pueden experimentar inesperadamente una reacción adversa a los medicamentos. Podrían ocurrir inflamación y malestar abdominal leve, hematoma o infección en el sitio de acceso intravenoso dolor de garganta, lesiones dentarias como otras posibles complicaciones de una endoscopia digestiva superior.

8. Muerte: Se han reportado casos de muerte luego de una endoscopia digestiva superior en 7 de cada 100.000 procedimientos, usualmente en pacientes severamente enfermos antes de efectuar el procedimiento.

**Beneficios:** Entiendo que el una endoscopia digestiva superior puede identificar la causa de mis síntomas, y que esto no podría determinarse por medio de rayos X u otros medios diagnósticos. El procedimiento es generalmente muy seguro y bien tolerado por la mayoría de

los pacientes. Los tratamientos efectuados mediante la endoscopia usualmente acarrearán menos riesgos que la cirugía.

El propósito de una biopsia es proveer una muestra de tejido para examinar al microscopio o para estudiar mediante otros exámenes con objeto de hacer un diagnóstico y proveer u orientar el tratamiento.

**Opciones alternas:** Entiendo que el uso de rayos X y cirugía es una alternativa al uso de una endoscopia digestiva superior y biopsia.

### **Afirmación de participación voluntaria**

He leído la información contenida en este documento, y he tenido suficiente oportunidad de discutir mi condición médica y tratamiento con el médico que abajo firma. Todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción, y pienso que me ha sido proporcionada la información adecuada sobre la cual baso mi consentimiento escrito para la endoscopia digestiva superior biopsia y otros posibles procedimientos terapéuticos.

Estoy consintiendo que se me practique una endoscopia digestiva superior, biopsia y otros posibles procedimientos terapéuticos. Entiendo que también puedo cambiar de parecer en cualquier momento. Mi consentimiento para este procedimiento es voluntario.

Entiendo que durante el curso de la endoscopia digestiva superior biopsia y otros posibles procedimientos terapéuticos podría ocurrir algo inesperado que amerite procedimientos adicionales o diferentes a los descritos arriba. Si tales circunstancias inesperadas se presentasen, solicito y autorizo por anticipado la realización de operaciones o procedimientos adicionales por el médico que abajo firma y/o sus asociados o asistentes.

Autorizo por anticipado la administración de los medicamentos anestésicos que fuesen considerados necesarios, deseables o aconsejables por el médico responsable de este servicio.

Estoy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y admito que no se me han hecho garantías con respecto a la ejecución, resultados o interpretación de la endoscopia, biopsia y otras posibles procedimientos terapéuticos.

Con el propósito del avance de la educación médica, doy mi permiso para que sean admitidos observadores a la sala de operaciones, y para que el equipo de UNC Hospitals y el de la Escuela de Medicina de UNC me tomen fotografías o practiquen cualquier otro tipo de ilustración mía con propósitos diagnósticos, científicos, educacionales, o de investigación, en tanto que mi identidad no sea revelada. Autorizo por anticipado al equipo de UNC Hospitals y al de la Escuela de Medicina de UNC a examinar y disponer de cualquier tejido o partes que me fuesen removidas y usarlas con fines de enseñanza, educacionales, o de investigación, en tanto que mi identidad no sea revelada.

Confirmando que he leído este documento, o que me fué leído por alguien, y que todo espacio en blanco fue llenado y que todo párrafo no consentido, si hay alguno, fue tachado antes de que yo firmase.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona autorizada para firmar por el paciente.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso.

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente.

\_\_\_\_\_  
Número del Hospital.

### **CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO**

Por medio de al presente certifico que el paciente ha leído, o que le ha sido leído este documento y que yo le he explicado la naturaleza, propósito, riesgos usuales, beneficios y alternativas a la planteada colonoscopia, biopsia y otros posibles procedimientos terapéuticos. Me he ofrecido a responder preguntas y he respondido completamente toda pregunta hecha por el paciente acerca del procedimiento. Pienso que el paciente ha entendido el contenido de este documento y lo que le he explicado, y de ese modo el paciente ha consentido el procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha:

### **VERIFICACIÓN DEL TESTIGO**

Por medio de la presente certifico que el paciente me ha participado que el/ella ha requerido una colonoscopia, biopsia y otros posibles procedimientos terapéuticos, ha recibido una explicación de la la naturaleza, propósito, riesgos usuales, beneficios y alternativas del procedimiento, se la han respondido todas sus preguntas, ha dado su consentimiento y ha firmado abajo.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Sombre del testigo

Fecha: \_\_\_\_\_