

CONSENTIMIENTO INFORMADO VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA (VCC/VRSC)

Además de la información verbal que Ud. ha recibido de su médico tratante, se le informa con este documento en qué consiste el tratamiento quirúrgico de videoendoscopia digestiva baja (VCC/VRSC), sus alternativas, riesgos y complicaciones, a fin de que pregunte y aclare sus dudas sobre el tratamiento médico.

La VCC es un procedimiento que permite examinar la parte baja del aparato digestivo, llamada intestino grueso o colon. Se utiliza un tubo delgado y flexible llamado colonoscopio, que posee un lente propio y cámara de televisión que permite la captura de imágenes y, en casos seleccionados, grabar. El endoscopio es colocado por el ano hasta el ciego (en algunos casos hasta íleon), logrando la visualización directa de la superficie interna (mucosa), permitiendo la toma de muestras de tejido (biopsias), así como realizar diferentes tratamientos (resección de pólipos, coagulación o esclerosis de lesiones sangrantes, tratamiento de estrecheces, extracción de cuerpo extraño, procedimientos descompresivos del colon).

El día anterior al estudio deberá prepararse adecuadamente (indicación previamente entregada). Sin una correcta limpieza del intestino es imposible efectuar un procedimiento de calidad, ya que, para tener una buena visión, el colon debe estar completamente limpio y libre de materia fecal. Asimismo, en un 5% de los casos, y a pesar de tener una patología, no se logra su diagnóstico, ya sea por preparación insuficiente y/o ubicación en áreas de difícil acceso o evaluación.

También se le ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse eventos adversos y/o secuelas. Entre los riesgos significativos, directos y/o asociados al estudio endoscópico con sedación o anestesia, se encuentran: distensión abdominal, dolor abdominal, hipotensión arterial, flebitis (inflamación de los sitios de accesos venosos), reacciones alérgicas, aspiración bronquial, infección local, infección generalizada, hemorragia (sangrado del sitio de la biopsia o del sitio de extracción de un pólipo, generalmente mínimo y sin consecuencias), perforación o laceración del tubo digestivo (infrecuentes, pero que pueden requerir intervención quirúrgica reparadora), alteraciones cardiorrespiratorias e incluso la muerte. Asimismo, tenga presente que podrían aparecer algunos signos de alarma, tales como fiebre, dificultad o dolor al tragar y/o en la región toracoabdominal. El índice de complicaciones descrito es de 0,3% y asciende hasta un 2,3% si se realizan procedimientos terapéuticos.

Asimismo, existen procedimientos alternativos como colonoscopia virtual (estudio tomográfico) y colon por enema (estudio radiológico contrastado), los cuales, si bien no requieren anestesia general, no ofrecerán la misma precisión que la VCC para la detección de lesiones (pólipos pequeños, estadios iniciales de tumores, enfermedad inflamatoria del intestino), ni permiten la toma de biopsias ni la realización de procedimientos terapéuticos.

Por último, se le ha informado acerca de 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.

Autorizo, además, al médico 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, anestesia y transfusiones de sangre o derivados, a excepción de las drogas a las que soy alérgico/a o que, debido a mis convicciones o creencias, no acepte, lo cual debo informar por escrito. Autorizo también la resección de pólipos durante la práctica (polipectomía o mucosectomía).

Asimismo, autorizo a que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo durante el acto médico.

El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico o terapéutico esperado.

No se me han garantizado los resultados que pueden obtenerse y Ud. consiente que se permita acceder a la información vinculada con su historia clínica para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento, incluso partes pertinentes de su cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele su identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan (Ley N.º 25.326 – Ley de Protección de Datos).

Autoriza al médico tratante a la toma de biopsias durante el procedimiento para realizar estudios histopatológicos, comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico adecuado. Sr./Sra. Paciente: Ud. se da por notificado/a de que debe concurrir a retirar el resultado de los estudios de anatomía patológica para entregárselos personalmente a su médico tratante. Asimismo, Ud. se compromete 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.

Sr./Sra. Paciente: habiendo recibido toda la información inherente al procedimiento médico que se le realizará, y entendiendo completamente las explicaciones que le fueron dadas, dejando constancia de que pudo hacer preguntas y de que le fueron respondidas, otorga su consentimiento para que se le realice el o los estudios señalados precedentemente.

OTROS RIESGOS ESPECÍFICOS DE LA PRÁCTICA A REALIZAR

SR/A PACIENTE SI TIENE ALGUNA DUDA O INQUIETUD, PREGUNTA, O NO ENTENDIÓ LO INFORMADO, NO FIRME ESTE DOCUMENTO Y PÍDALE AL MÉDICO QUE ACLARE LAS MISMAS

En la Provincia de Mendoza a los ____ días del mes de _____ del año _____

Firma del paciente (mayor de 16 años solo, o junto a sus familiares entre 13 y 16 años):

Firmas Familiar/es, o Responsable/s en caso que el paciente no pueda firmar o sea menor de 16 años:

Aclaración: _____

DNI: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

MÉDICO RESPONSABLE:

DECLARO: haber informado al paciente, el objeto y la naturaleza del procedimiento que se va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.-

Firma: _____

Sello: _____

Fecha: _____