

Endoscopia digestiva alta

Explicación del procedimiento

La visualización directa del esófago, estómago y primera porción del intestino delgado con un instrumento con luz es conocida como una endoscopia digestiva alta. Su médico le ha recomendado que se realice este tipo de estudio. La siguiente información se le brinda para ayudarle a entender las razones y los posibles riesgos de estos procedimientos.

Al momento del estudio, se inspeccionará el revestimiento del tracto digestivo superior de manera exhaustiva y posiblemente se tomarán fotografías. Si se observa o sospecha una anomalía, tal vez se remueva una pequeña porción de tejido (biopsia) o se cepille el revestimiento. Si se observan pequeños crecimientos (pólipos), estos podrían ser eliminados. Algunas veces tal vez se recojan otros especímenes, según lo considere pertinente su médico. Estas muestras se envían a un estudio de laboratorio para determinar si hay células anormales. Si se indicara, se realizará una dilatación esofágica con un tubo o globo para ensanchar el área angosta del esófago.

Un anestésico le administrará una sedación profunda, un tipo de medicamento para que usted esté cómodo/a durante el procedimiento.

Alternativas a la endoscopia gástrica alta

Aunque la endoscopia gástrica superior es una manera extremadamente segura y efectiva de examinar el tracto gastrointestinal superior, no es 100 por ciento exacta en el diagnóstico. En un pequeño porcentaje de los casos podía darse una falla en el diagnóstico o un diagnóstico erróneo. Hay otros procedimientos terapéuticos o de diagnóstico disponibles como un tratamiento médico, radiografías y cirugía. Otra opción es optar por estudios y/o tratamientos sin diagnóstico. Su médico le comentará con gusto cuáles son estas opciones.

Riesgos de la endoscopia digestiva alta

La endoscopia digestiva alta es generalmente un procedimiento de bajo riesgo. Sin embargo, las siguientes complicaciones son posibles. Su médico le comentará cuán frecuentemente suceden, si usted lo desea, particularmente con respecto a las indicaciones que le aplican a usted para la endoscopia gástrica alta. **Si tiene preguntas sobre el estudio, hable con su médico al respecto.**

- 1. Perforación:** La endoscopia gástrica alta puede resultar en una lesión en la pared del tracto gastrointestinal con posible pérdida de los contenidos gastrointestinales dentro de la cavidad abdominal. Si esto ocurriera, comúnmente es necesario realizar una cirugía para cerrar la pérdida y/o drenar la región.
- 2. Sangrado:** El sangrado, si ocurriera, es generalmente una complicación de una biopsia, polipectomía o dilatación. La manera de encargarse de esta complicación puede consistir en solamente una observación cuidadosa, o pudiera requerir transfusiones, repetir la endoscopia para detener el sangrado o posiblemente una operación quirúrgica.
- 3. Flebitis por medicamento:** Los medicamentos que se usan para la sedación pueden irritar la vena en que se inyectan. Esto puede causar una inflamación dolorosa y rojiza de la vena y el tejido circundante, y el área podría infectarse. La molestia en el área podría persistir desde varias semanas a varios meses.
- 4. Otros riesgos incluyen, de manera no limitativa:** Aspiración de secreciones orales o estomacales que provoca tos, dolor de garganta y, algunas veces, neumonía, daño a los dientes y prótesis dentales, abrasiones e irritaciones en la córnea, Síndrome de Quemadura Post-Polipectomía, reacciones a los medicamentos, y complicaciones relacionadas con una condición médica subyacente. *Informe a su médico sobre todos sus problemas de salud, medicamentos y alergias.* La falla de instrumentos y la muerte son extremadamente inusuales, pero siguen siendo posibilidades remotas.

Médico que explica el procedimiento: Dr. _____

Firma: Dr. _____

Fecha: _____

Otorgo mi consentimiento para que se tomen fotografías durante mi procedimiento para que contribuyan a mi atención médica y para usarse en el avance de la educación médica, y permito que haya un observador durante el procedimiento para brindar asistencia o servicios de consulta al médico. Certifico que entiendo la información sobre la endoscopia gastrointestinal y la sedación profunda. Se me ha informado exhaustivamente sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones de mi procedimiento y de la anestesia.

Entiendo que se me ha recomendado no conducir por doce (12) horas después del procedimiento. También entiendo que en caso de paro cardíaco o respiratorio u otra situación con riesgo de vida durante mi admisión, el Centro aplicará las medidas necesarias para salvar mi vida hasta que se me transfiera a un hospital, si fuera necesario, y que mis Directivas Anticipadas no serán respetadas en LICDH. Otorgo mi consentimiento para cualquier tratamiento médico que se considere necesario, lo que incluye el traslado a un nivel mayor de cuidado.

Otorgo mi consentimiento para que se extraiga y analice mi sangre en el caso de que alguna persona se viera expuesta accidentalmente a mis fluidos corporales. Los resultados de estas pruebas permanecerán bajo estricta confidencia, excepto que la ley exija lo contrario.

Otorgo mi consentimiento para que un médico colega revise mi historia clínica para obtener información sobre la prestación de atención médica.

Por la presente autorizo y permito a la/el Dr. _____, y a quien él/ella designe como su asistente, a realizar lo siguiente:

Endoscopia digestiva alta (EGD), con posible biopsia, polipectomía, posible dilatación y recolección de especímenes.

Si surgiera alguna condición imprevista durante el procedimiento que requiera, según lo considere la/el médico, procedimientos, tratamientos u operaciones adicionales, la/o autorizo a que haga lo que considere recomendable. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía en relación al resultado de este procedimiento. Si hubiera alguna duda de que yo pudiera estar embarazada, permitiré que se me realice una prueba de embarazo por medio de orina que se realizará antes de mi procedimiento.

Paciente / Representante legalmente autorizado (marcar uno) **Relación con el paciente**

Fecha: _____ Hora: _____

Testigo de la firma solamente: _____