

Información e Instrucciones sobre el Estudio Endoscópico Gastrointestinal

Su cita para este procedimiento medico ha sido programada para el día _____ y tendrá lugar en el siguiente consultorio médico:

- ___ DHS Endoscopy Center, 2025 Frontis Plaza, Suite 210, Winston Salem, NC 27103
- ___ DHS Endoscopy Center, 137 Mt. Calvary Road, Suite A Thomasville, NC 27360
- ___ DHS Endoscopy Center, 280 Broad Street, Suite G, Kernersville, NC 27284
- ___ DHS Endoscopy Center, 112 East Kinderton Way, Suite 100, Advance, NC 27006
- ___ DHS Endoscopy Center, 434 Kirby Road, King, NC 27021
- ___ Forsyth Medical Center, Endoscopy Center, 3333 Silas Creek Pkwy, Winston Salem 27103
- ___ Thomasville Medical Center, 207 Old Lexington Road, Thomasville, NC 27360
- ___ Kernersville Medical Center, 1750 Kernersville Medical Parkway, Kernersville, NC 27284

A cargo del Dr. _____ Por favor llegar a las _____ AM / PM.

ESTUDIO ENDOSCÓPICO GASTROINTESTINAL

Una endoscopia de la parte superior del aparato gastrointestinal (en inglés, *Upper GI Endoscopy*) es una examinación especial del estómago y de la zona superior de los intestinos para detectar y/o analizar problemas tales como úlceras, objetos externos o tumores. Se realiza utilizando un tubo fino muy flexible (llamado endoscopio) que se ingresa por la boca hacia el esófago, llegando hasta el estómago y luego hasta la primera parte del intestino. El estudio endoscópico se utiliza para poder diagnosticar condiciones tales como úlceras, gastritis, tumores y causas de sangrado o dolor. Puede ser útil también para extraer objetos externos (como casos en que niños se tragan una moneda u otro objeto), así como para tomar muestras de tejido para realizar biopsias, para extraer pólipos y para ensanchar áreas comprimidas.

INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN PREVIO A LA EXAMINACIÓN ENDOSCÓPICA

1. La noche anterior a la endoscopia **no coma nada después de la medianoche. Podrá ingerir líquidos claros hasta 3 horas antes del procedimiento**, salvo que, específicamente, se le hayan dado otras indicaciones. **Si fuma, no puede fumar el día de su examen. No mastique tabaco o use 'snuff' en día de su procedimiento. El usar tabaco sin humo, causara que su procedimiento de retrase 4 horas o más o que se cancele.**

Líquidos Claros – NO tomar ninguna bebida ROJA. Se permite tomar únicamente los líquidos aquí listados y SOLO HASTA ANTES QUE FALTEN 3 HORAS PARA EL PROCEDIMIENTO.

Café negro	Agua	Caldo claro (carne o pollo)	Gelatina/Jello (excepto ROJO, sin fruta)
7-Up	Jugo de Manzana	Jugo de naranja (sin pulpa)	Palitos de hielo (excepto ROJO)
Té	Sprite	Coca-Cola	Pepsi
Ginger Ale	Mt Dew	Gatorade	Dr. Pepper

Tampoco se puede consumir caramelos ni mascar chicle durante las 3 horas antes de su procedimiento. Su estómago deberá estar totalmente vacío. Su procedimiento SE RETRASARÁ O CANCELARÁ si come, bebe o mastica algo menos de 3 horas antes de su procedimiento.

2. Debe dejar de tomar cualquier medicamento anticoagulante (*blood thinners*) durante los 4 días previos al procedimiento, sin embargo esta instrucción no aplica para pacientes con válvula cardiaca mecánica, o personas que tengan colocado un dispositivo *stent* hace menos de un año o que hayan sido diagnosticadas con Trombosis Severa en las Venas en los últimos seis meses. La enfermera se comunicara con su cardiólogo/médico de cabecera antes de indicarle que deje de tomar los anticoagulantes.
3. Si usted es diabético, por favor infórmele a la enfermera o al médico ya que esto podría requerir ajustes temporarios a su actual plan de medicamento con píldoras y/o insulina.
4. Por favor traiga con usted todos los frascos de medicamentos que toma actualmente o traiga una lista completa detallando todos esos medicamentos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

1. Perforación. Aunque es muy inusual, existe la posibilidad que durante el procedimiento se produzca un pequeño agujero o desgarro en el tejido del esófago o el estómago. El riesgo de producir un pequeño agujero o desgarro

aumenta si resulta necesario proceder a dilatar el esófago. El riesgo aumenta también entre las personas de edad avanzada. Si se produce un pequeño agujero o desgarro esto podría resultar en una potencial hospitalización y, posiblemente, requerir una cirugía. Afortunadamente, este tipo de complicación es realmente muy poco frecuente.

2. **Sangrado.** Puede producirse sangrado, sin embargo, si el sangrado es bastante cantidad deberá informárselo de inmediato a su médico. Pacientes que estén tomando anticoagulantes, tales como *Plavix*, tienen mayor riesgo de sangrado. Tiene la opción de suspender su anticoagulante 4 días antes del procedimiento; sin embargo esto aumenta el riesgo de derrame cerebral o coágulos de sangre. Por este motivo, cualquier decisión respecto a cambiar o alterar la toma de su medicamento anticoagulante deberá tomarse únicamente con consulta previa con su cardiólogo o el médico que le haya recetado los anticoagulantes.

3. **Medicamentos.** Como se sabe comúnmente, todo medicamento tiene el potencial de generar reacciones alérgicas o efectos secundarios poco usuales. Si usted sabe que es alérgico(a) a algún medicamento(s) por favor asegúrese de dejarnoslo saber.

4. Si bien es muy improbable, puede ocurrir en raras ocasiones que el estudio no llegue a detectar pólipos o lesiones, o a descubrir un cáncer existente.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO ENDOSCÓPICO

Previo a la sedación, usted tendrá la oportunidad de hablar con el médico. El médico o la enfermera(o) podrán contestarle cualquier pregunta que usted tenga acerca del procedimiento, y luego se le administrará el sedante antes de comenzar con este examen médico.

Le informamos que el tiempo total que usted permanecerá en el consultorio para completar el procedimiento, incluido el período de recuperación posterior al mismo, será de alrededor de 2 horas a 2 horas y media.

Se le removerá lo siguiente para su seguridad durante su examen:

- **Dentaduras (superior e inferior) y placas parciales.**
- **Joyas que perforan el área de la lengua, labios, mandíbula, boca, nariz o barbilla.**

Recibirá sedación intravenosa. La droga sedante que generalmente se utiliza es Propofol (un agente hipnótico). Después que esté dormido, el endoscopio pasará por la boca del esófago, el estómago y la primera porción del intestino delgado. El endoscopio no interfiere con la respiración. A medida que el médico comienza su examinación, se insertará un poco de aire por medio del tubo endoscópico para permitir una mejor visualización del estómago. El procedimiento utilizando el endoscopio insertado a través de la boca dura aproximadamente 10 a 12 minutos y generalmente no produce dolor.

USTED DEBERÁ VENIR ACOMPAÑADO DE UNA PERSONA QUE ESPERE POR USTED PARA LUEGO LLEVARLE A SU CASA. ESTO ES NECESARIO PUESTO QUE USTED RECIBIRÁ EL MEDICAMENTO SEDANTE Y NO PODRÁ CONDUCIR SU VEHÍCULO. ESA PERSONA DEBERÁ VENIR JUNTO CON USTED Y LUEGO PERMANECER ESPERÁNDOLE EN NUESTRA ÁREA DE ESPERA PARA ESTAR DISPONIBLE AL MOMENTO DE SU SALIDA. SU PROCEDIMIENTO SE RETRASARA O SE CANCELARA SI COME, BEBE O MASTICA ALGO MENOS DE 3 HORAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO.

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

Al concluir el procedimiento se le pedirá que se quede recostado(a) de lado hasta que sienta que su garganta ya no está adormecida. Luego deberá reposar durante un tiempo, usualmente entre media hora y una hora, hasta que se disminuyan significativamente los efectos de la sedación.

Una vez que los efectos de la sedación hayan disminuido y se encuentre ya menos adormecido(a), el personal médico llamará al conductor que le haya acompañado para que le pueda conducir a su hogar. En ese momento el doctor también hablará con usted y su familiar o acompañante acerca de los resultados del estudio. Se espera hasta ese momento para hablar con usted porque el medicamento tiene un efecto amnésico. Si durante el procedimiento se han tomado muestras para efectuar biopsia y análisis, los resultados de ese análisis le será notificado por teléfono, carta o mensaje en MyChart dentro de los 10 a 14 días.

Usted podrá retomar su dieta normal de alimentación una vez concluido este estudio medico salvo que el médico o la enfermera(o) le indique lo contrario.

Debido a que el estudio exige la dilatación de la zona del esófago, puede que más tarde sienta algo de dolor o molestias en esa zona, sin embargo, si usted si usted siente dolor fuerte en el pecho debe notificar al médico de inmediato.

Usted podría también sentir la garganta un poco dolorida durante las 24 horas siguientes a este procedimiento. Hacer gárgaras con agua tibia con sal podría aliviar esa molestia. Debido a los medicamentos que se le administran durante este procedimiento es muy importante que durante el resto del día usted siga TODAS estas instrucciones que siguen:

1. NO conducir un vehículo ni operar maquinaria.
2. NO beber ninguna bebida alcohólica.
3. EVITE tomar ninguna decisión de importancia.
4. EVITE firmar ningún documento legal.

Estas restricciones arriba mencionadas aplican únicamente para el mismo día del procedimiento. Usted debería poder retomar sus actividades cotidianas normales a partir del día siguiente. Nosotros opinamos que el cumplimiento de estas restricciones es para su protección y por ello enfatizamos la importancia de que usted las cumpla.

A continuación presentamos un ejemplo de la declaración de consentimiento informado que se le pedirá a usted que lea y firme el día de la endoscopia.

En caso de que usted se vea obligado a cancelar la cita ya programada para el examen, deberá avisarnos con no menos de 72 horas de anticipación, de lo contrario, se le cobrará un pago de \$250 por cancelación tardía.

CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO

Yo, _____ (nombre del paciente) doy mi autorización para que me realicen el siguiente examen(es): _____ a ser realizado por _____ (doctor/médico) y para que me apliquen sedantes de acuerdo a las necesidades de procedimiento de este examen.

Yo comprendo y estoy de acuerdo con los puntos que siguen de acuerdo a lo que me ha sido indicado por el médico:

1. La naturaleza de mi enfermedad o condición médica.
2. La naturaleza y propósito de este examen y procedimiento.
3. Los beneficios asociados a este examen.
4. Los riesgos usuales y más comunes de este procedimiento. Esto incluye el riesgo de que con este examen no pueda lograrse la meta propuesta para el mismo.
5. Las alternativas a este tipo de examen.
6. Los riesgos asociados a no realizarme el examen.
7. He tenido la oportunidad de hacer todo tipo de pregunta y he obtenido respuestas satisfactorias a todas ellas.
8. No se ofrece ni existe una garantía acerca del resultado de este examen médico.
9. Comprendo que el día del examen necesito traer conmigo a alguien que pueda llevarme de regreso a mi casa y que no se me permitirá regresar en un taxi o cualquier otro transporte de uso público sin un acompañante.

Yo autorizo el uso de Medicamentos de Anestesia por vía intravenosa para proveerme sedación durante el procedimiento. Los riesgos y complicaciones asociadas por el uso de anestesia pueden incluir reacciones alérgicas, afecciones pulmonarias o neumonía, cambios en la presión sanguínea, daños oculares o dentales, daños cerebrales, dolor muscular, infección, lesión de nervio posicional y, en casos muy raros, la muerte. Mis preguntas acerca de la naturaleza, propósitos y riesgo de la/las anestesia(s), así como sobre las posibilidades de tener complicaciones me han sido adecuadamente explicados. Yo comprendo que si bien es de esperarse obtener resultados favorables, estos no pueden ser garantizados, ni se otorga tal garantía.

Yo comprendo que pueden suceder eventos inesperados o complicaciones durante o después del procedimiento y que estos eventos o complicaciones podrían quizás implicar que deban realizarse exámenes o procedimientos adicionales, tratamientos, hospitalización, y/o cirugía que podrán ser facturados a mi cobertura de seguro médico. Yo estoy de acuerdo y comprendo que yo seré responsable por cualquier cargo o tarifa adicional que no sea pagada por la cobertura de seguro. Si ocurrieran complicaciones, se llamará al servicio de ambulancia de emergencia (EMS) y se me llevará a un hospital local aún en el caso en que yo cuente con órdenes legales sobre Directivas Médicas o de Orden de No Resucitar. Entiendo que estas órdenes legales no serán reconocidas en esta instalación.

Yo soy capaz de comunicarme y tomar decisiones acerca de mi salud.

Al firmar aquí, estoy indicando que yo comprendo el contenido de este documento en su totalidad y que estoy de acuerdo en que se me realice este examen y procedimiento.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firma de Persona Autorizada

Fecha

Firma del Médico

Fecha