Gedyt
Gastroenterología
Diagnóstica y Terapéutica

P

PREPARACIÓN PARA VIDEORECTOSIGMOIDEOSCOPÍA

Para la realización del estudio deberá concurrir a: _____

Su turno es el día: _____ / _____ / _____

- Si el estudio se realiza con anestesia, debe asistir acompañado por un adulto responsable y no podrá conducir vehículos durante las 12 horas posteriores a la realización del examen.
- Por favor, no olvide traer la credencial de su obra social o medicina de prepaga, la orden original (verificar la vigencia de la misma –30 días–) y consultar en su prepaga u obra social si es necesario autorizar la orden de la práctica a realizar.
- Asimismo, recuerde traer estudios anteriores.
- *Sin estos requisitos no se podrá efectuar su estudio.*

LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES

- ✓ **Colocarse un Enemol 2 horas antes del estudio.**
- ✓ **Si su estudio es con anestesia, concurra habiendo completado un mínimo de 6 horas de ayuno (de sólidos y líquidos).**

INSTRUCCIONES ADICIONALES

- No es necesario suspender ningún tipo de medicación a excepción de los suplementos de hierro por boca, los cuales necesitan ser interrumpidos 3 días antes del estudio.
- Si usted está anticoagulado o toma algún antiagregante plaquetario (ver listado de drogas -principios activos- a continuación), debe traer, por escrito, la indicación de su médico clínico, hematólogo o cardiólogo en donde explique la conducta a seguir con estos medicamentos: cuándo suspender, reanudar y si usted se encuentra apto para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. Este requisito es indispensable.

ANTIAGREGANTES	ANTICOAGULANTES	OTROS ANTIAGREGANTES
CLOPIDOGREL	WARFARINA	TICLOPIDINA
PRASUGREL	ACENOCUMAROL	DIPIRIDAMOL
	RIVAROXABAN	TIROFIBÁN
	DABIGATRAN	EPTIFIBATIDE
		ABCIXIMAB

- Si es diabético y está medicado con hipoglucemiantes, insulina o tiene insuficiencia renal o cardíaca, debe consultar previamente a su médico de cabecera.
- Si bien estar embarazada no es un impedimento, si lo está o cree estarlo, debe comunicarlo al médico que realizará el estudio.
- Recuerde que debe completar un formulario de evaluación de salud ("Cuestionario para el Paciente") y firmar un consentimiento informado previo a la realización del examen.

Por favor, tenga en cuenta que ante una eventual demora en brindarle nuestros servicios, la misma corresponderá a la naturaleza del acto médico que realizamos (en ocasiones imprevistos) y a los esfuerzos que hacemos para brindar la mejor calidad de atención posible a cada uno de nuestros pacientes. Muchas gracias.

Vs. 2017.10.12

Q

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Gedyt
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica

FECHA | | | |

Nombre y Apellido: _____

E-mail: _____ D.N.I: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____ Tel: _____

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

Cobertura de Salud: _____ N° de Afiliado: _____

Estudio a Efectuar: _____ Médico que lo deriva: _____

¿Cómo se afilió a su cobertura médica? En forma particular ☐ Me la brinda mi trabajo ☐

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

¿Ha tenido presión arterial alta? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Padece diabetes? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha recibido transfusiones? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐

Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial:

_____

¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Por qué le piden el estudio? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐

¿Tiene antecedentes de familiares con pólipos o tumor de colon? ¿Quién? ¿A qué edad?:

_____

¿Qué medicamentos o drogas toma en forma habitual? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Está tomando anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Sufre de otras enfermedades? ¿Cuáles?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐

Califique el grado de ansiedad por el procedimiento, de 1 a 10: _____ **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

¿Toma estrógenos? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Puede estar embarazada? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐

_____ Firma y aclaración del PACIENTE - DNI

_____ (*) Firma y aclaración del REPRESENTANTE LEGAL - DNI

(*) En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el cuestionario será firmado por el pariente mas cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que unos de los padres firme también.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIDEOCOLONOSCOPÍA DIAGNÓSTICA / TERAPÉUTICA (VCC)

Gedyt
Gastroenterología
Diagnóstica y Terapéutica

Yo (Nombre y Apellido) _____,
DNI: _____ declaro en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado por el Dr./a.: _____ sobre la Videocolonoscopía Diagnóstica / Terapéutica.

Que es un procedimiento endoscópico que permite examinar el colon con el objetivo de detectar alteraciones de la mucosa. Se utiliza un tubo delgado y flexible, llamado colonoscopio, que posee una lente propia y cámara de televisión integrada a un circuito computarizado digital. El mismo es introducido por el ano para la visualización de la mucosa colónica y la toma de fotografías correspondientes a los hallazgos o biopsias y eventuales maniobras de tratamiento.

Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica la naturaleza, el propósito, sus beneficios, los riesgos y otras alternativas del procedimiento, en términos que yo he comprendido adecuadamente . Se me ha dado tiempo suficiente para leer la información y se me han brindado las respuestas a todas las preguntas que he formulado.

También me han comunicado que, entre las posibilidades de efectos adversos y/o secuelas, se encuentran las siguientes: sangrado del sitio de la biopsia o del lugar de donde se extrajo un pólipo; generalmente, esto es mínimo y no tiene consecuencias, mientras que la perforación o laceración intestinal pudiera requerir cirugía reparadora. Asimismo, tengo presente que podrían aparecer algunos signos de alarma tales como: fiebre, escalofríos y dolor abdominal.

Se me han explicado los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son: Colon por Enema y Colonografía Virtual por Tomografía Computada. Ambos exámenes se realizan sin anestesia y, por ser estudios diagnósticos, no brindan la posibilidad de efectuar maniobras terapéuticas simultá neas.

Por último, he sido informado/a acerca de las consecuencias, ciertas o previsibles, de la NO realización del procedimiento propuesto o de sus alternativas -arriba mencionadas- que sería quitarme la posibilidad de prevenir una posible enfermedad colónica dejándola librada a su natural evolución.

Autorizo, además, al Dr./a.: _____ 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 medicamentos necesarios y de anestesia y de transfusión de sangre.

Asimismo, autorizo 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 por razones fundadas, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley Nº 25326 de Protección de Datos.

Asimismo, se me ha informado y he comprendido que en un 5% de los casos, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar, por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

Autorizo al Dr./a.: _____ a contactarme en la eventualidad que exista algún estudio clínico que pueda resultar beneficioso para el control y/o tratamiento de la enfermedad que padezco, en el entendimiento que en dicho caso deberé, si así lo deseara, suscribir un consentimiento específico para el estudio en que se me ofrezca participar voluntariamente.

Del mismo modo autorizo al Dr./a.: _____ a la toma de muestras durante el procedimiento para realizar estudios, especializados de patología comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico a partir del estudio de dichas muestras; a su vez me comprometo a contactarme con el laboratorio de patología para retirar el resultado de los estudios y entregárselos personalmente a mi médico tratante.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s señalados precedentemente.

En el momento en que suscribo el presente, dejo constancia de que puedo solicitar una copia de este consentimiento como así también de la información por escrito del procedimiento endoscópico al que voluntariamente me someto.

Asimismo, doy mi conformidad para el envío de informes y recepción de resultados por e-mail a la casilla _____@_____.
Dicha casilla de correo es personal y administrada por mí exclusivamente. Acepto el eventual envío de los informes al médico solicitante. Dr./Dra: _____.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 _____.

_____	_____	_____
FIRMA y aclaración del MÉDICO RESPONSABLE SELLO	FIRMA y aclaración del PACIENTE DNI N°	(*) FIRMA y aclaración del RESPONSABLE DNI N° GRADO DE PARENTESCO

(*) En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por el pariente más cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que unos de los padres firme también.

Gedyt
Gastroenterología
Diagnóstica y Terapéutica

P

PREPARACIÓN PARA ENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA

Para la realización del estudio deberá concurrir a: _____

Su turno es el día: _____ / _____ / _____

- Como el estudio se realiza con anestesia, debe asistir acompañado por un adulto responsable y no podrá conducir vehículos durante las 12 horas posteriores a la realización del examen.
- Por favor, no olvide traer la credencial de su obra social o medicina de prepaga, la orden original (verificar la vigencia de la misma –30 días–) y consultar en su prepaga u obra social si es necesario autorizar la orden de la práctica a realizar.
- Asimismo, recuerde traer estudios anteriores.
- *Sin estos requisitos no se podrá efectuar su estudio*.

LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES

✓ Concurra habiendo realizado ayuno de **8 hs. para sólidos. Hasta 3 hs. antes, sólo puede tomar agua.**

INSTRUCCIONES ADICIONALES

- No es necesario suspender ningún tipo de medicación a excepción de los suplementos de hierro por boca, los cuales necesitan ser interrumpidos 3 días antes del estudio.
- Si usted está anticoagulado o toma algún antiagregante plaquetario (ver listado de drogas -principios activos- a continuación), debe traer, por escrito, la indicación de su médico clínico, hematólogo o cardiólogo en donde explique la conducta a seguir con estos medicamentos: cuándo suspender, reanudar y si usted se encuentra apto para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. Este requisito es indispensable.

ANTIAGREGANTES	ANTICOAGULANTES	OTROS ANTIAGREGANTES
CLOPIDOGREL	WARFARINA	TICLOPIDINA
PRASUGREL	ACENOCUMAROL	DIPIRIDAMOL
	RIVAROXABAN	TIROFIBÁN
	DABIGATRAN	EPTIFIBATIDE
		ABCIXIMAB

- **También me fue informado que ciertos medicamentos, entre otros los usados para obesidad y/o diabetes, retrasan notablemente el tránsito gastrointestinal y aumentan por sí solos, el riesgo durante la anestesia. He consultado con mi médico tratante para la suspensión previa al estudio. Semaglutide (Ozempic ®), Liraglutide (Saxenda ®), Dilaglutide (Trulicity ®), Tirzepatide (Mounjaro ®) y otros similares.**
- Si es diabético y está medicado con hipoglucemiantes, insulina o tiene insuficiencia renal o cardíaca, debe consultar previamente a su médico de cabecera.
- Si bien estar embarazada no es un impedimento, si lo está o cree estarlo, debe comunicarlo al médico que realizará el estudio.
- Recuerde que debe completar un formulario de evaluación de salud ("Cuestionario para el Paciente") y firmar un consentimiento informado previo a la realización del examen.

Por favor, tenga en cuenta que ante una eventual demora en brindarle nuestros servicios, la misma corresponderá a la naturaleza del acto médico que realizamos (en ocasiones imprevistos) y a los esfuerzos que hacemos para brindar la mejor calidad de atención posible a cada uno de nuestros pacientes. Muchas gracias.

Vs. 2024.03.23

Q

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Gedyt
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica

FECHA | | | |

Nombre y Apellido: _____

E-mail: _____ D.N.I: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____ Tel: _____

Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

Cobertura de Salud: _____ N° de Afiliado: _____

Estudio a Efectuar: _____ Médico que lo deriva: _____

¿Cómo se afilió a su cobertura médica? En forma particular ☐ Me la brinda mi trabajo ☐

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

¿Ha tenido presión arterial alta? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Padece diabetes? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Ha recibido transfusiones? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿Cuál?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐

Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial:

_____

¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Por qué le piden el estudio? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐

¿Tiene antecedentes de familiares con pólipos o tumor de colon? ¿Quién? ¿A qué edad?:

_____

¿Qué medicamentos o drogas toma en forma habitual? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Está tomando anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Sufre de otras enfermedades? ¿Cuáles?: _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐

Califique el grado de ansiedad por el procedimiento, de 1 a 10: _____ **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

¿Toma estrógenos? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐
¿Puede estar embarazada? _____	SI ☐	NO ☐	NO SABE ☐

_____ Firma y aclaración del PACIENTE - DNI

_____ (*) Firma y aclaración del REPRESENTANTE LEGAL - DNI

(*) En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el cuestionario será firmado por el pariente mas cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que unos de los padres firme también.

VEDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIDEOESOFAGOGASTRODUODENOSCOPÍA (VEDA)

Gedyt
Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica

Yo (Nombre y Apellido) _____,
DNI: _____ declaro en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado por el Dr./a.: _____ sobre la Videoesofagogastroduodenoscopía.

Que es un procedimiento endoscópico que permite examinar la parte del tracto gastrointestinal, compuesto por el esófago, estómago y duodeno (en sus primeros tramos)
Se utiliza un tubo delgado y flexible, llamado endoscopio, que posee una lente propia y cámara de televisión integrada a un circuito computarizado digital. El endoscopio es introducido por la boca hasta el duodeno para la visualización de la mucosa, la toma de fotografías correspondientes a los hallazgos o biopsias y eventuales maniobras de tratamiento.

Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica la naturaleza, el propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento, en términos que yo he comprendido adecuadamente. Se me ha dado tiempo suficiente para leer la información, y se me han brindado las respuestas a todas las preguntas que formulé.

También me fue informado que ciertos medicamentos, entre otros los usados para obesidad y/o diabetes, retrasan notablemente el transito gastrointestinal y aumentan por sí solos, el riesgo durante la anestesia. He consultado con mi médico tratante para la suspensión previa al estudio. Semaglutide (Ozempic ®), Liraglutide (Saxenda ®), Dilaglutide (Trulicity ®), Tirzepatide (Mounjaro ®) y otros similares.

Me han comunicado que, entre las posibilidades de efectos adversos y/o, secuelas, se encuentran las siguientes: sangrado del sitio de la biopsia o del lugar de donde se extrajo un pólipo; generalmente, esto es mínimo y no tiene consecuencias, mientras que la perforación o laceración del tubo digestivo pudiera requerir cirugía reparadora. Estas últimas son muy infrecuentes. Asimismo, tengo presente que podrían aparecer algunos signos de alarma tales como: fiebre, dificultad para tragar y dolor de garganta y/o en la región toracoabdominal.

Se me han explicado, como procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto. Dicha alternativa es la Seriada Gastro-Duodenal, la cual, si bien no requiere anestesia general, no ofrece la misma precisión que la VEDA para la detección de úlceras y estadios iniciales de tumores de esófago, estómago y duodeno. Además, NO permite la toma de biopsias (pequeñas muestras de tejidos) de las áreas sospechosas como tampoco la pesquisa de un microorganismo llamado Helicobacter Pylori, responsable de un alto porcentaje de úlceras duodenales, gastritis y/o sintomatologías de acidez o ardor.

Por último, he sido informado/a acerca de las consecuencias, ciertas o previsibles, de la NO realización del procedimiento propuesto o de su alternativa –arriba mencionada- que dejarían libradas las lesiones a su natural evolución.

Autorizo, además, al Dr./a.: _____ a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estime conveniente en toda la situación de emergencia que no permita solicitar un nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos necesarios, de anestesia y de transfusión de sangre.

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

El profesional actuante puede, en todo momento y por razones fundadas, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información médica vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descritos que las acompañan, de acuerdo a la ley Nº 25326 de Protección de Datos.

Autorizo al Dr./a.: _____ a contactarme en la eventualidad que exista algún estudio clínico que pueda resultar beneficioso para el control y/o tratamiento de la enfermedad que padezco, en el entendimiento que en dicho caso deberé, si así lo deseara, suscribir un consentimiento específico para el estudio en que se me ofrezca participar voluntariamente.

Del mismo modo autorizo al Dr./a.: _____ a la toma de muestras durante el procedimiento para realizar estudios especializados de patología, comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico a partir del estudio de dichas muestras, a su vez me comprometo a contactarme con el laboratorio de patología, para retirar el resultado de los estudios y entregarlos personalmente a mi médico tratante.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s señalados precedentemente.

En el momento en que suscribo el presente, dejo constancia de que puedo solicitar una copia de este consentimiento como así también de la información por escrito del procedimiento endoscópico al que voluntariamente me someto.

Asimismo, doy mi conformidad para el envío de informes y recepción de resultados por e-mail a la casilla _____@_____.
Dicha casilla de correo es personal y administrada por mí exclusivamente. Acepto el eventual envío de los informes al médico solicitante. Dr./Dra: _____.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 _____.

FIRMA y aclaración del MÉDICO RESPONSABLE SELLO	FIRMA y aclaración del PACIENTE DNI N°	(*) FIRMA y aclaración del RESPONSABLE DNI N° GRADO DE PARENTESCO

(*) En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por el pariente más cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que unos de los padres firme también.

Gedyt
Gastroenterología
Diagnóstica y Terapéutica

VEDA

ENDOSCOPÍA DIGESTIVA ALTA

- ¿En qué consiste?
- ¿Cuál es su preparación?
- Instrucciones adicionales.
- La anestesia.



¿Qué es la Endoscopía, también conocida como Video Endoscopía, Endoscopía Digestiva Alta, VEDA, o Esofagogastroduodenoscopía?

Es un procedimiento endoscópico que permite examinar la parte alta del tracto gastrointestinal, compuesto por el esófago, el estómago y el duodeno. Se utiliza un tubo delgado y flexible llamado endoscopio, que posee una lente propia y cámara de televisión integrada a un circuito computarizado digital. El mismo es colocado por la boca para la visualización de la mucosa y la toma de imágenes correspondientes a los hallazgos.

¿Cuál es el objetivo y el beneficio que se busca?

El objetivo es revisar la mucosa del esófago, estómago y duodeno para diagnosticar patologías y efectuar tratamiento simultáneo.

¿Cuáles son los procedimientos alternativos?
Riesgos, beneficios y perjuicios en relación a una Endoscopía Digestiva Alta.

La alternativa es la Seriada Gastro-Duodenal, la cual no requiere anestesia general. Sin embargo, la Endoscopía Digestiva Alta es más precisa en la detección de úlceras y estadios iniciales de tumores de esófago, estómago y duodeno. Permite, además, distinguir entre condiciones benignas y malignas, realizando biopsias (pequeñas muestras de tejidos) de las áreas sospechosas. Aunque las biopsias también se toman por otras causas, tal como detectar un microorganismo llamado Helicobacter Pylori, responsable de un porcentaje alto de úlceras duodenales, gastritis y/o sintomatologías de acidez o ardor.

¿Cuáles podrían ser las consecuencias previsibles de la NO realización de una Endoscopía Digestiva Alta o de su procedimiento alternativo?

La NO realización de estos estudios quitaría la posibilidad de detectar una posible enfermedad del tracto digestivo superior, dejándola librada a su natural evolución.

¿Qué preparación requiere una Endoscopía Digestiva Alta?

Para un examen óptimo, seguro, preciso y completo, el estómago debe estar completamente vacío. Concurra habiendo realizado ayuno de 8 horas para sólidos. Hasta 3 horas antes, sólo puede tomar agua.

No es necesario suspender ningún tipo de medicación a excepción de los suplementos de hierro por boca, los cuales deben ser interrumpidos 3 días antes del estudio.

Si el paciente está anticoagulado o toma algún antiagregante plaquetario debe traer, por escrito, la indicación de su médico clínico, hematólogo o cardiólogo en donde explique la conducta a seguir con estos medicamentos: cuándo suspender, reanudar y si se encuentra apto para la realización de procedimientos terapéuticos. Este requisito es indispensable.

Además, hay otras situaciones particulares en relación a la preparación prescripta que el paciente debe informar a su médico de cabecera para que ésta sea ajustada a sus necesidades. Por ejemplo, si es portador de una colostomía, si es diabético y/o está medicado con hipoglucemiantes o insulina o tiene insuficiencia renal o cardíaca.

¿Qué sucede durante la Endoscopía Digestiva Alta?

La endoscopía es realizada con el apoyo de técnicas anestésicas, administradas por médicos anestesiólogos, con el objeto de brindar confort al paciente, facilitar las maniobras del médico endoscopista y permitir una excelente tolerancia. Se ubica al paciente sobre su costado izquierdo y se le introduce el endoscopio por la boca, continuando por el esófago, el estómago, llegando hasta el duodeno. El endoscopio no interfiere con su respiración durante el examen. El estudio dura entre 20 y 30 minutos, aproximadamente.

En algunos pacientes, el paso del endoscopio a lo largo de la totalidad del tracto digestivo no puede lograrse por razones técnicas. En este caso, el médico decidirá si este examen es suficiente o si requiere complementarlo con otro procedimiento.

Estas técnicas anestesiológicas permiten una rápida recuperación y deambulación, no obstante se le exigirá estar acompañado para recibir las instrucciones correspondientes del alta médica.

¿Qué ocurre después?

Luego de realizado el procedimiento, el paciente aguarda en la sala de recuperación hasta que se encuentre en condiciones de deambular por sus propios medios. En ocasiones puede sentir molestias en la garganta por algunos minutos posteriores al estudio.

Antes de retirarse, se le entrega una hoja con las instrucciones de alta, pautas de seguimiento y un teléfono para contactarse con nosotros. Ante una eventual toma de biopsia, los resultados estarán disponibles dentro de los 15 días hábiles.

¿Cuáles son los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles?

La Endoscopía es un procedimiento seguro. Pueden presentarse complicaciones pero son inusuales cuando es realizada por médicos especializados y con entrenamiento permanente. El sitio de la biopsia o el lugar de donde se extrajo un pólipo podría sangrar. Generalmente, el sangrado es mínimo o inexistente y no tiene consecuencias. Excepcionalmente, deben implementarse otras medidas terapéuticas como nuevas endoscopías con el fin de evaluar el sitio de sangrado y efectuar algún tratamiento.

Las complicaciones mayores, como por ejemplo una perforación o laceración de parte del tubo digestivo son muy infrecuentes y suelen presentarse durante la realización de endoscopías terapéuticas complejas. Estos cuadros requieren consulta inmediata para confirmar el diagnóstico. Generalmente se resuelven en ámbito quirúrgico. Otras complicaciones menores son el dolor de garganta, fiebre o dificultad para tragar.

En todos los casos, de presentarse síntomas, se debe consultar al teléfono de contacto provisto en la hoja con las instrucciones de alta.

LA ANESTESIA

ESA PRÁCTICA MÉDICA DESCONOCIDA

Para la gran mayoría de las personas, visitar al médico es un motivo de preocupación; una de esas experiencias que casi todos preferimos evitar, aunque sólo se trate de una rutina. El temor a que el resultado de los exámenes no sea satisfactorio, está siempre latente.

El miedo suele comenzar, e incrementarse notablemente, cuando llega el momento de recibir anestesia. Si bien las causas del temor son varias, sin duda, una de las principales es el desconocimiento sobre qué es la anestesia.

Un factor que contribuye a ello es la difusión mediática de los infrecuentes casos en que la administración de la misma tuvo consecuencias adversas, porque quienes dan a conocer estos datos, rara vez toman en cuenta las miles y miles de anestesias realizadas por año en el país, cuyos resultados son exitosos.

En la década del 60, la posibilidad de tener un problema serio durante la anestesia, era de 1 caso cada 10.000. Hoy, ese riesgo ha disminuido notablemente a 1 cada 200.000. Veinte veces menos. Esto es porque, en los últimos años, se ha avanzado mucho sobre la seguridad en la especialidad.

En la actualidad, por ejemplo, la probabilidad de sufrir un accidente de tránsito es muchísimo mayor que la de padecer algún inconveniente durante el acto anestésico.

NUESTRA TÉCNICA DE ANESTESIA

Al paciente se le provee un cuestionario, que deben completar a fin de evaluar su estado de salud, un consentimiento informado y este folleto, que explica las características del estudio y la preparación que debe realizar.

Para los estudios y procedimientos terapéuticos que realizamos en Gedyt, el paciente recibe una técnica denominada sedación/analgesia profunda, cuyos estadios son considerados como una transición continua hacia la anestesia. Esto le permite dormir placenteramente durante el tiempo que dura el procedimiento endoscópico, despertando inmediatamente después de finalizado.

Nuestros médicos especialistas en anestesiología, altamente capacitados y entrenados en la práctica gastroenterológica, con equipamiento de avanzada tecnología, como el que actualmente existe en Gedyt, se ocupan del cuidado anestésico monitoreando las variables fisiológicas del paciente durante los estudios, para hacerlos totalmente seguros y confortables.

La técnica de sedación/analgesia profunda que utilizamos en nuestros procedimientos permite una rápida recuperación y deambulación sin efectos colaterales significativos, aunque siempre exigimos venir acompañado.

Al finalizar, el paciente recibe el resultado del procedimiento y un instructivo sobre las condiciones de alta institucional para el resto del día, con el objeto de facilitar nuestro control posterior.

De esta forma, en Gedyt, los médicos anestesiólogos y endoscopistas trabajamos en un experimentado equipo para realizar estudios endoscópicos ambulatorios efectivos, confortables y seguros para nuestros pacientes.

INSTRUCCIONES ADICIONALES

El paciente debe:

- Completar el formulario de evaluación de salud “Cuestionario para el Paciente”
- Firmar un consentimiento informado previo a la realización del examen; requerimiento excluyente.
- Comunicar al médico que realiza el estudio si está o sospecha estar embarazada.
- Es condición indispensable que el paciente concurra acompañado, sin excepción, por un adulto mayor de 18 años.
- No podrá manejar por doce horas.

Por favor, tenga en cuenta que ante una eventual demora en brindarle nuestros servicios, la misma corresponderá a la naturaleza del acto médico que realizamos (en ocasiones imprevistos) y a los esfuerzos que hacemos para brindar la mejor calidad de atención posible a cada uno de nuestros pacientes.

POR FAVOR, NO OLVIDE:

- Traer la credencial de su cobertura y DNI.
- Traer la orden “original” y verificar su vigencia.
- Autorizar la orden de su cobertura sino fue hecha previamente.
- Traer los últimos resultados de estudios previos, si los tuviera.
- Cumplir **estrictamente** las indicaciones de la preparación correspondiente.
- Debe llegar con tiempo para ser admitido antes de entrar a la sala.
- Siempre debe venir acompañado, sino se suspenderá el estudio.

En algunas circunstancias infrecuentes el paciente o su familiar deberán llevar por sus propios medios una muestra que se tome durante el procedimiento al laboratorio que le indique su cobertura.

Gedyt
Gastroenterología
Diagnóstica y Terapéutica

SEDES

BARRIO NORTE
Azcuénaga 1275 (C1115AAI)
Juncal 2345 (C1125ABE)

BELGRANO
V. Olaguer y Feliú 2437 (C1426EBA)
V. del Pino 2458 4° B (C1426EGR)

011 5288 6100 | www.gedyt.com.ar

vs. 25.03.2024