

## Sigmoidoscopia flexible/biopsia/polipectomía

### Descripción del procedimiento:

Se acostará sobre su lado izquierdo. Se introducirá un tubo flexible con una pequeña cámara (llamado sigmoidoscopio) en su recto o estoma. Esto le permitirá a su médico ver hasta aproximadamente dos pies dentro de su colon. Ya que la sigmoidoscopia flexible solo examina la parte inferior del colon, es posible que no se vea un pólipo o cáncer encontrado más arriba. Según lo considere aconsejable o necesario, el médico puede tomar fotografías. El médico introducirá aire en su colon para poder ver mejor. Por esto, es posible que sienta hinchazón después del procedimiento, pero se aliviará al expulsar los gases.

Su médico puede tomar una pequeña muestra de tejido o quitar crecimientos anormales (llamados pólipos) para analizarlos. Los pólipos se pueden quitar porque pueden contener células cancerosas o precancerosas. Un patólogo podrá quitar cualquier tejido que se quite.

### Sedación:

Doy mi consentimiento para la administración de sedación/anestesia moderada o profunda (por vía oral o a través de una aguja colocada en una vena en el brazo o la mano) según el proveedor de asistencia médica, el enfermero anestesista certificado o el enfermero registrado bajo la supervisión del médico consideren necesario o recomendable. Entiendo las alternativas, los riesgos involucrados y las posibles complicaciones de la sedación.

Los dientes en mal estado y las prótesis dentales pueden aflojarse, romperse o desprenderse durante los procedimientos de protección relacionados con la anestesia. Se hace todo lo posible para proteger los dientes, pero tal daño es un riesgo reconocido. Gastroenterology Associates of the Piedmont no aceptará la responsabilidad por daños a los dientes o prótesis dentales.

### Riesgos potenciales:

- Irritación de las venas (5 %)
- Sedación excesiva (1 %)
- Reacción alérgica a la medicación (<1 %)
- Aspiración (si su vómito llega a los pulmones, puede producirse neumonía) (<1 %)
- Perforación (agujero o desgarro en el colon)
  - El riesgo aumenta al 1 % si se quitan pólipos.
  - En raras ocasiones, se pueden exigir transfusiones de sangre o cirugía para tratar estas condiciones.
- Sangrado gastrointestinal (<1 %)
  - El riesgo aumenta al 1 % si se quitan pólipos o si el paciente está tomando actualmente un medicamento anticoagulante.
  - En raras ocasiones, se pueden exigir transfusiones de sangre o cirugía para tratar esta condición.
- Irritación rectal
- Infección
- Muerte
- Hay una pequeña posibilidad de que otros órganos (bazo, hígado, riñones) se dañen durante el procedimiento.
- Los riesgos pueden aumentar si el paciente usa esteroides o tiene una insuficiencia respiratoria, hepática, renal o cerebral significativa.



**Después del procedimiento:**

- Entiendo que, si tengo programado un procedimiento con sedación, debe haber un adulto (mayor de 18 años) disponible para que me acompañe a casa. Este adulto puede recibir mis instrucciones de alta.
- Acepto no conducir ni operar maquinaria durante ocho horas después de salir de este centro.
- Me comprometo a no beber alcohol, tomar tranquilizantes ni sedantes durante ocho horas después de salir de este centro.

**Información adicional:**

- Se podrán hacer procedimientos actualmente desconocidos que sean distintos o adicionales a los previstos si el médico o sus asociados o asistentes los consideran aconsejables o necesarios.
- Durante el procedimiento pueden estar presentes médicos en entrenamiento y participar en los procedimientos.
- No honramos los testamentos en vida ni las órdenes de no resucitar (DNR) en este centro porque no prevemos un estado vegetativo terminal ni incurable en este entorno ambulatorio.
- La endoscopia gastrointestinal usualmente es una forma segura y efectiva de examinar el tracto digestivo. No tiene una precisión del 100 % en el diagnóstico. Nadie me dio garantía alguna en cuanto al resultado de los procedimientos. No se garantiza que se verán ni eliminarán todos los pólipos durante el procedimiento. Hay otras opciones disponibles que incluyen (pero no se limitan a) los estudios radiológicos, operación quirúrgica y tratamiento médico.

**Se me explicó la naturaleza y el propósito de los procedimientos, junto con los riesgos potenciales, posibles complicaciones y alternativas.**

**Revisé mis alergias y medicamentos conocidos con el personal clínico o mi médico antes de someterme a este procedimiento.**

**Todas mis preguntas se respondieron satisfactoriamente. Entiendo la información que me dieron y doy voluntariamente mi consentimiento para los procedimientos propuestos.**

**Solicito que el Dr. \_\_\_\_\_ me haga un procedimiento flexible de sigmoidoscopia/biopsia/polipectomía como se describe en este formulario.**

**Firma del paciente (o de la persona autorizada para dar el consentimiento):** \_\_\_\_\_

Relación:  Paciente  Otro: \_\_\_\_\_

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

Firma del proveedor de asistencia médica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ a.m./p.m.