

### ¿En qué consiste la ligadura de Varices esofágicas?

Para realizarla se coloca al paciente acostado sobre su lado izquierdo y se introduce un tubo flexible dotado de un sistema de iluminación y de visión (endoscopio) y de un sistema de colocación de bandas. Una vez localizadas las varices esofágicas a tratar se colocan una o más bandas, que producen su colapso por estrangulación, con posterior desprendimiento en los días posteriores.

En la sala de endoscopia estará el médico endoscopista y el personal especializado para cuidar de usted en los procedimientos invasivos:

#### **AUXILIARES DE ENFERMERÍA:**

**Cateterismo Venoso Periférico:** Procedimiento a través del cual con toda la técnica aséptica se punciona un conducto venoso con un catéter especial para dejar instalado un catéter venoso temporalmente.

**Administración de medicamentos:** procedimiento mediante el cual se introduce al organismo del paciente tratamiento farmacológico ordenado por su médico tratante con fines terapéuticos en caso de ser requerido a través de diferentes vías: oral (oral, venoso, tópico, inhalado, rectal).

El beneficio de estos procedimientos invasivos es permitir la correcta aplicación de los medicamentos y facilitar la realización del procedimiento.

#### **Los posibles riesgos son:**

**Catéter venoso periférico, Canalización y retiro de aguja de catéter implantable:** flebitis, infiltración, extravasación, infección localizada y sistémica, punción accidental de nervio, embolia (coágulo de sangre o aire en el vaso sanguíneo), trombosis (daño del vaso sanguíneo).

**Administración de medicamentos:** infección y extravasación (escape de medicamento hacia el tejido), necrosis en sitio de la extravasación, alergias.

**Acceso arterial:** Infección, hematoma.

#### **ANESTESIÓLOGOS:**

**Anestesia local/regional más sedación:** procedimiento para eliminar el dolor durante el procedimiento. Esta anestesia es suministrada por un especialista, el cual vigila y monitorea al paciente durante el procedimiento

Es importante que informe las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis dentales, marcapasos y/u otros dispositivos electrónicos, medicaciones actuales o cualquier otro antecedente médico de importancia.

Los posibles riesgos de la sedación son: reacciones alérgicas (fiebre, escalofrío, brote y dificultad respiratoria), dolor o hematomas en el sitio de punción, náuseas y vómito.

#### **¿Cuáles son los beneficios?**

Eradicación de las varices esofágicas necesarias, a través de varias sesiones.

#### **¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo procedimiento invasivo y que puedan afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a las condiciones actuales del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) y los específicos del procedimiento:

- Náuseas, vómitos y sensación de presión en el abdomen por la introducción de aire o dolor torácico, en el caso de dilataciones esofágicas. Habitualmente desaparecen paulatinamente.
- Sangrado, es la complicación más frecuente, si bien en la mayoría de los casos es autolimitada y no precisa de otro tipo de tratamientos.
- Perforación del esófago, estómago, intestino delgado o colon es una complicación posible durante la prueba y suele aparecer con más frecuencia si existen lesiones que, por sí mismas, pueden producirla potencialmente, como es el caso de las neoplasias. Estas complicaciones pueden requerir tratamiento urgente, e incluso una intervención quirúrgica
- Muerte: se han reportado casos de muerte luego de una dilatación endoscópica digestiva inferior de 1 de cada 10.000 procedimientos.

• Estas situaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pueden llegar a requerir otro tipo de intervención quirúrgica, en algunos casos de urgencias. Ninguna intervención o procedimiento especial está absolutamente exenta de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Póngase en contacto con su médico si usted presenta:

- Sangrado acompañado de coágulos.
- Sangrado abundante que llene la taza del inodoro.
- Dolor abdominal persistente.
- Dolor torácico.

### **SOBRE LA PREPARACIÓN:**

Reconozco que, he sido informado(a) por UGASEND S.A. sobre los riesgos asociados con la no observancia de las indicaciones previas al procedimiento al que voy a someterme. Declaro plena comprensión y aceptación de haber recibido y seguido todas las instrucciones e indicaciones proporcionadas por UGASEND S.A. y el médico tratante. Esto incluye, de manera destacada, el compromiso de cumplir con la preparación previa al procedimiento, reconociendo que la no observancia de estas instrucciones puede resultar en un resultado falso negativo y, por ende, en la imposibilidad de un diagnóstico correcto, lo que podría acarrear riesgos para la salud del paciente, incluyendo situaciones potencialmente fatales. El paciente asume la responsabilidad total de seguir las indicaciones médicas de forma precisa y oportuna, eximiendo a UGASEND S.A. y el médico tratante de cualquier consecuencia derivada de la falta de cumplimiento.

En virtud de lo anterior, afirmo bajo juramento que, he seguido escrupulosamente todas las indicaciones proporcionadas y que me encuentro en condiciones óptimas para someterme al procedimiento. Soy plenamente consciente de que cualquier falsedad en esta declaración conlleva a responsabilidades legales y asumo los riesgos que puedan derivarse.

### **Riesgos y Consecuencias:**

1. Posible complicación durante el procedimiento.
2. Mayor riesgo de infección o complicaciones postoperatorias debido a falta de preparación adecuada.
3. Necesidad de intervenciones médicas adicionales para corregir problemas derivados de no seguir las instrucciones previas.
4. Resultados con falsos negativos que pueden llevar incluso a resultados fatales para mi salud.

### **Costos y Responsabilidades:**

1. Entiendo que no seguir las instrucciones previas puede resultar en costos adicionales relacionados con tratamientos o repetición del procedimiento.
2. Soy consciente de que la no observancia de las instrucciones podría resultar en la necesidad de atención médica urgente o prolongada, lo cual podría aumentar los costos asociados.

Asimismo, reconozco que, si el profesional de la salud determina que mi preparación es insuficiente conforme a las indicaciones impartidas y toca repetir el procedimiento, asumo las consecuencias económicas y administrativas que se deriven de ello además de las repercusiones que esto podría repercutir en mi salud y bienestar.

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO LIGADURA DE VARICES ESOFÁGICAS (Otorgado en desarrollo de la ley 23 de 1.981)</b>	CÓDIGO: ED-F-69
		Versión: 04
		Vigencia: 17/06/2024

Acepto que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar cualquier duda relacionada con las instrucciones previas al procedimiento. Estoy de acuerdo en seguir todas las recomendaciones proporcionadas por el equipo médico para minimizar los riesgos asociados con el procedimiento.

### CONSENTIMIENTO

1. Por medio de esta constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgó en forma libre mi consentimiento al Doctor para que, en ejercicio legal de su profesión de Médico Gastroenterólogo, así como por los otros profesionales de la salud que requiera y con el concurso auxiliar de servicios asistenciales del centro, se me practique la ligadura de varices esofágicas.
2. Autorizo igualmente al Doctor para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto uno (1) si en el curso de la Endoscopia llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que a juicio del médico tratante, lo haga aconsejables.
3. Igualmente otorgo mi consentimiento para que se me administre la anestesia que el Médico tratante y Anestesiólogo prestador del servicio considere más aconsejable de acuerdo con mi clínica patológica y el tipo de intervención que requiere.
4. El Médico queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo previo la toma de muestras y partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos.
5. Entiendo que, si no informé adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumpla los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.
6. Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecho (a) con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento, que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice.
7. El tratamiento que me será realizado en esta institución no garantiza totalmente los resultados esperados. Por tanto, se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y tratamientos en salud no son una ciencia exacta, debiendo mi médico y especialistas tratantes colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar las afecciones de mi salud por las cual se requirió mi tratamiento e internación.
8. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.
9. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema de consentimiento informado del Paciente.

***En virtud de lo anterior y entendido el contenido del presente consentimiento informado, así como, habiendo recibido la información solicitada, firmo y autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.***