DigesNova

DIGESNOVA - SALUD DIGESTIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: COLONOSCOPIA Y POLIPECTOMÍA

Código: CI-CP | Versión clínica | Servicio de Endoscopia Digestiva

Nombre del paciente: _____	**DNI:** _____	**Sexo:** _____
Médico responsable / informe: _____		

Introducción

Este documento informativo pretende explicar, de la forma más sencilla posible, la intervención denominada **colonoscopia y polipectomía**, así como los aspectos más importantes de las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de la exploración, puedan aparecer.

Su finalidad es que usted disponga de una información adecuada previa a su consentimiento para la exploración, conforme a la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Breve descripción del procedimiento y beneficios esperables

El propósito de esta técnica es la exploración visual del intestino grueso (colon) y, en ocasiones, de los últimos centímetros del intestino delgado (íleon), con el fin de diagnosticar enfermedades en estas localizaciones.

Para realizar esta prueba, el paciente se coloca habitualmente acostado sobre su lado izquierdo y se introduce un tubo flexible (colonoscopio) a través del ano, provisto de sistema de iluminación y visión, que progresa por el colon examinando su pared.

Si es necesario durante la exploración, pueden tomarse pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. Si se detectara una lesión sangrante o un pólipo no especialmente complejo, podría realizarse su tratamiento endoscópico en el mismo acto.

En procedimientos que, a criterio del endoscopista, se prevean de alta complejidad o con mayor riesgo de complicaciones, la resección o extirpación de lesiones puede diferirse y requerirá un consentimiento informado específico.

El procedimiento puede resultar molesto o doloroso, por lo que suele llevarse a cabo con sedación intravenosa, administrada habitualmente por el médico endoscopista y, en ocasiones, por médico anestesista.

Preparación

Comprendo que es necesaria una correcta preparación previa al procedimiento, para lo que he recibido

las instrucciones por escrito.

He sido informado/a de que no puede realizarse ningún procedimiento endoscópico ambulante si no acudo acompañado/a de un adulto a la clínica, que se hará responsable de mi traslado al domicilio una vez finalizado el procedimiento.

Se me ha preguntado sobre posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos y medicaciones actuales, siendo especialmente relevantes los anticoagulantes y/o antiagregantes.

Posibles riesgos y complicaciones

A pesar de la correcta realización de la técnica, pueden presentarse efectos indeseables, cuya frecuencia puede aumentar en exploraciones urgentes o en presencia de enfermedades como diabetes, obesidad, hipertensión, anemia o edad avanzada, aunque no pueden excluirse en personas sanas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir intervención quirúrgica, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

Es frecuente la aparición de distensión abdominal (10%), náuseas, dolor abdominal, mareo o hipotensión, síntomas generalmente leves y transitorios. Puede aparecer fiebre (4%), por el paso transitorio de bacterias a la sangre o tras polipectomía con electrocoagulación, pudiendo requerirse antibióticos.

Otros efectos menos frecuentes son la hemorragia (0,5%), generalmente asociada a la extirpación de pólipos, que puede requerir nuevo tratamiento endoscópico, ingreso hospitalario, transfusión sanguínea y, excepcionalmente, intervención quirúrgica.

La perforación del colon (<0,3% de los casos, pudiendo incrementarse hasta el 1,1% en caso de polipectomía) puede requerir tratamiento antibiótico intravenoso, ingreso hospitalario y, si es grande o no se controla con tratamiento conservador, una intervención quirúrgica urgente.

Son excepcionales las complicaciones más graves, como arritmias o parada cardiaca, depresión o parada respiratoria.

> **Nota importante:** La frecuencia o gravedad de algunas complicaciones puede incrementarse según las circunstancias clínicas del paciente o la complejidad del procedimiento.

Riesgos personalizados

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:

_____

Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:

_____

Derivados de la situación particular de cada paciente (cumplimentar si procede): [ ] NO [ ] SÍ,

especificar: _____

Alternativas

Conozco la existencia de otras técnicas alternativas para la valoración del colon, como el enema opaco y la colonografía por TC, con menor exactitud diagnóstica que la colonoscopia y en las que no es posible tomar biopsias ni realizar tratamientos como la extirpación de pólipos.

Declaraciones

Declaro que he sido informado/a por el médico de los aspectos más importantes del procedimiento que se me va a realizar, de su evolución habitual y de las posibles complicaciones y riesgos del mismo.

Estoy satisfecho/a con la información que he recibido y he podido formular al médico todas las preguntas que he creído conveniente, habiéndome sido aclaradas todas las dudas planteadas.

En el caso de que durante el procedimiento el médico encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o aconsejen modificar el procedimiento proyectado, cuyas consecuencias para mi salud y calidad de vida sean distintas a las inicialmente previstas, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi representante o, en su ausencia, tomando la decisión por sí mismo.

Sé que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento.

En base a todo lo expuesto, doy mi consentimiento para que se me practique la intervención descrita.

Consentimiento para Colonoscopia y Polipectomía

En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento descrito.

Nombre del médico que informa: _____

Firma del médico que informa	Firma del paciente
Fecha: _____	Fecha: _____

Denegación del Consentimiento

Deniego el consentimiento para el procedimiento, conociendo y haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Firma del paciente	Firma del médico que informa
Fecha: _____	Fecha: _____