

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La colonoscopia es una exploración visual del intestino grueso (colon) y en ocasiones de los últimos centímetros de íleon cuya finalidad es poder diagnosticar enfermedades de estas localizaciones. Para realizarla se coloca al paciente habitualmente acostado sobre su lado izquierdo y se introduce un tubo flexible dotado de un sistema de iluminación y de visión (colonoscopio) por el ano que se progresa por el colon examinando su pared. Durante la exploración puede ser necesario que cambie de posición, para lo cual se le ayudará. El tiempo de la exploración es muy variable, pero puede durar entre 15 y 60 minutos. Es normal que presente durante la exploración distensión abdominal ya que es necesario introducir aire para una adecuada visualización. Si es necesario en el curso de la exploración, se tomarán pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis sin causarle dolor. En caso de observar pólipos, estos se extirparán (polipectomía), recuperándose si es posible para su estudio histológico.

Para la **polipectomía** se utiliza un asa de diatermia (lazo metálico) mediante la cual se transmite corriente eléctrica desde una unidad de electroquirúrgica que corta la lesión y coagula su base de implantación. En ocasiones y según las características del pólipo, antes de su extirpación pueden ser necesarias diferentes técnicas que se aplican en la base de implantación para prevenir el sangrado, como la colocación de un lazo plástico, de un clip metálico o la inyección de sustancias.

PREPARACIÓN

Para conseguir una adecuada valoración del colon debe estar totalmente limpio de heces, por lo que se le debe entregar una hoja adjunta con la preparación que debe hacer. Es importante que informe al médico y a la enfermera de alergias conocidas o reacciones previas a medicamentos, enfermedades importantes que padezca y medicamentos que tome de forma habitual.

RIESGOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, en un porcentaje pequeño de pacientes puede no conseguirse el diagnóstico o tratamiento perseguido o pueden presentarse efectos indeseables como dolor abdominal, mareo, hipotensión, reacción alérgica o flebitis. La perforación del colon y la hemorragia digestiva son muy raras (menos de una por cada 1000 exploraciones) pero pueden requerir una intervención quirúrgica o/y una transfusión de sangre. Al realizar polipectomía aumenta el riesgo de hemorragia (1-2%) o perforación (<1%). Son excepcionales otras complicaciones como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, que pueden ser graves y suponen un mínimo riesgo de mortalidad, siendo mayor el riesgo en personas de edad avanzada y con enfermedades crónicas de base.

SEDACIÓN

La colonoscopia puede hacer recomendable o necesaria la sedación. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Los problemas asociados a la sedación suelen ser mínimos, salvo en aquellos pacientes con problemas cardiopulmonares y/o graves de salud, en los que pueden ocurrir complicaciones serias.

ALTERNATIVAS

Existen otras técnicas para valorar el colon, como el enema opaco y la colonografía por TC, pero tienen menos exactitud diagnóstica que la colonoscopia y no permiten tomar biopsias ni realizar tratamientos.

CONSENTIMIENTO

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

DECLARO:

Que el Dr./Dra.
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLONOSCOPIA**.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que **estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la exploración.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **COLONOSCOPIA** y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia y otros) como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

EL SIGUIENTE RECUADRO SÓLO DEBE RELLENARLO SI *NO* DESEA REALIZARSE LA PRUEBA

REVOCAACION

PACIENTE D./Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI y n° historia clínica)

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña.
(Nombre y dos apellidos, n° DNI)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado.

En Guadalajara, a (fecha)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL