

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA O COLONOSCOPIA

¿EN QUÉ CONSISTE? ¿PARA QUÉ SIRVE?

La exploración a la que usted va a someterse se denomina colonoscopia y consiste en la exploración del recto y del colon (intestino grueso) e incluso los últimos centímetros del intestino delgado. Se realiza con un tubo flexible que se introduce por el ano. Sirve para el diagnóstico de enfermedades que afectan al intestino grueso, así como para el tratamiento de algunas de ellas (extirpar pólipos, destruir lesiones mediante la aplicación de calor, gas argón o láser, dilatar zonas estrechas o colocar prótesis).

¿CÓMO SE REALIZA?

La exploración se realiza en una posición cómoda sobre el lado izquierdo, aunque puede ser conveniente cambiar de postura durante la misma. La duración de una colonoscopia es variable, pero en total suele ser de unos 30 minutos. Para que la tolere mejor se le administrará un sedante y si es preciso un analgésico. También se puede realizar con sedación profunda o anestesia general.

¿QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ?

El paso del endoscopio por el intestino provoca malestar y sensación de hinchazón. Puede haber momentos de dolor, de corta duración. Por este motivo se le administrará una medicación sedante intravenosa. Esto es debido al paso del endoscopio por las curvas del colon y por el aire introducido. Una vez finalizada la exploración, queda sensación de gases que pasa en poco tiempo. Si se han hecho tratamientos o hay lesiones, como hemorroides, puede verse alguna pequeña hebra de sangre en la primera deposición tras la exploración.

¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:** Las complicaciones suelen ser leves y sin repercusión alguna. Estas son: dolor abdominal, sudoración, hinchazón o distensión abdominal y reacciones no deseadas a la medicación administrada. La posibilidad de complicaciones es mayor cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos.



- **LOS MÁS GRAVES:** Las complicaciones graves son poco frecuentes pero posibles. Entre ellas están: perforación o rotura del intestino, hemorragia, reacciones alérgicas medicamentosas graves, alteraciones cardiopulmonares, rotura de aneurisma abdominal y transmisión de infecciones. Excepcionalmente puede requerirse un tratamiento urgente o una intervención quirúrgica.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

- Alergias a medicamentos: Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.
- Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: pueden tener más riesgo de hemorragia, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto.
- La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia renal, el infarto agudo de miocardio reciente y las enfermedades inflamatorias intestinales graves incrementan el riesgo de complicaciones.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

- Realice correctamente la preparación. Facilitará la exploración, disminuirá las molestias y evitará tener que repetirla.
- Avise si padece posibles alergias a medicamentos.
- Notifique con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Sintrom, Pradaxa...) o antiagregante (Ácido acetilsalicílico, Clopidogrel...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.
- Acuda acompañado.
- No conduzca ni maneje maquinarias peligrosas durante el resto del día si se le ha administrado sedación.



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)

- Considero que se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza de esta técnica así como sus riesgos y posibles complicaciones.

- Doy mi consentimiento para que se me realice la técnica descrita y las medidas complementarias necesarias antes, durante y después de la misma.

Nombre del PACIENTE _____,
con DNI _____

Fecha y firma

Nombre del REPRESENTANTE LEGAL _____,
con DNI _____

Fecha y firma del representante legal

MEDICO QUE INFORMA

Fecha y firma del médico que informa

RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Fecha y firma:

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Fecha y firma:

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

