

CI COLONOSCOPIA Y POLIPECTOMÍA		
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**

COLONOSCOPIA Y POLIPECTOMÍA

Así como los aspectos más importantes de las complicaciones más frecuentes que como consecuencia de la exploración puedan aparecer. Esto tiene el objetivo de que usted tenga una información adecuada previa a su consentimiento para la exploración, tal como establece la *Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (41/2002).

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO-BENEFICIO ESPERABLES:

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

El médico me ha explicado que para realizar esta prueba se coloca al paciente habitualmente acostado sobre su lado izquierdo y se introduce un tubo flexible (colonoscopio) a través del ano, dotado de un sistema de iluminación y de visión, que se progresa por el colon examinando su pared. Si es necesario en el curso de la exploración, se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. Si se detectara una lesión sangrante o un pólipo, no especialmente complejos como para requerir un proceder especial, podría realizarse su tratamiento endoscópico en el mismo momento.

En procedimientos, que a criterio del endoscopista, se prevea puedan ser de alta complejidad o riesgo de complicaciones, la realización de resección o extirpación de lesiones se puede diferir y precisará de un consentimiento informado específico.

He sido informado que el procedimiento puede resultar molesto o doloroso, por lo que suele llevarse a cabo con sedación intravenosa, que se administra habitualmente por el médico endoscopista y, en ocasiones, por médico anestesista.

PREPARACIÓN

Comprendo que hay que hacer una correcta preparación previa al procedimiento, para lo que he recibido las instrucciones por escrito. He sido informado de que **NO se puede realizar ningún procedimiento endoscópico ambulante si no acudo acompañado de un adulto a la clínica**, el cual se hará responsable de mi traslado a mi domicilio finalizado el procedimiento.

El médico me ha preguntado sobre posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (siendo especialmente importantes anticoagulantes y/o antiagregantes como por ejemplo Sintrom®, Eliquis®, Pradaxa®, Adiro®, Clopidogrel® o cualquier otro medicamento con funciones reguladoras de la coagulación sanguínea).

POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES

He sido informado y comprendo que a pesar de la correcta realización de la técnica de la colonoscopia pueden presentarse efectos indeseables, cuya frecuencia puede aumentar en algunas situaciones especiales, como las exploraciones urgentes, o en presencia de enfermedades como la diabetes, obesidad, hipertensión, anemia o la 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 que suelen ser leves y transitorios. Puede aparecer fiebre (4%), por el paso transitorio de bacterias a la sangre o si se ha realizado polipectomía con electrocoagulación; siendo necesario a veces administrar antibióticos.

Otros efectos indeseados menos frecuentes son la hemorragia (0,5%), generalmente asociada a la extirpación de pólipos (polipectomía), que puede requerir un nuevo tratamiento endoscópico para solucionarla, ingreso hospitalario, transfusión de sangre y excepcionalmente una intervención quirúrgica; y la perforación del colon (<0,3% casos, pero incrementándose hasta el 1,1% en caso de polipectomía), que puede requerir tratamiento antibiótico intravenoso e ingreso hospitalario y, cuando es grande o no se controla con tratamiento conservador, requiere una intervención quirúrgica urgente.

Son excepcionales las complicaciones más graves: arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria.

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 [] SI (en este caso especificarlas):.....

CI COLONOSCOPIA Y POLIPECTOMÍA		
NOMBRE DEL PACIENTE:	DNI:	SEXO:
MÉDICO RESPONSABLE INFORME:		

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 tales 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 normal evolución y de las posibles complicaciones y riesgos de la misma.

Estoy satisfecho/a con la información que he recibido y he podido formular al médico todas las preguntas que he creído conveniente y me han 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 proyectadas, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi representante, o en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Sé que en cualquier momento puedo revocar este Consentimiento.

En base a todo lo expuesto, doy mi CONSENTIMIENTO (que puedo revocar en cualquier momento) para que se me practique la intervención descrita.

Por último, manifiesto que he comprendido toda la información que se me ha proporcionado, que se me han explicado las posibles alternativas de tratamiento existentes y que todas mis dudas y preguntas han sido aclaradas a mi entera satisfacción.

CONSENTIMIENTO PARA COLONOSCOPIA Y POLIPECTOMÍA

En consecuencia, doy mi Consentimiento para 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:.....