

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

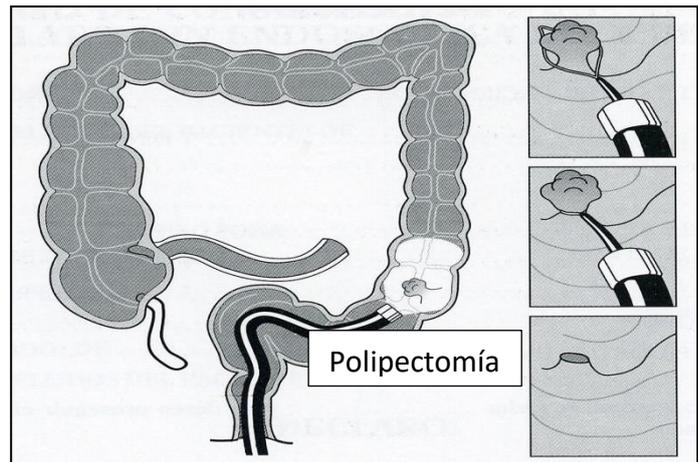
EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

El procedimiento consiste en explorar el interior del intestino grueso o colon y una parte del intestino delgado, a través de la introducción por el ano de un colonoscopio (tubo flexible con una cámara en su extremo). Con ello se valora la existencia de enfermedades ante síntomas como rectorragia (sangre a través del ano), anemia, cambios del ritmo intestinal, diarrea de larga evolución, etc.

Para la correcta visualización del colon es necesario la insuflación de aire. Puede haber momentos de dolor, de corta duración. Esto es debido al paso del endoscopio por las curvas del colon y por el aire introducido. La realización de la colonoscopia suele ser molesta si no se realiza con sedación. En función de la técnica, de las características del paciente y de la duración de la misma, se puede realizar sin sedación, con sedación superficial, con sedación profunda o anestesia general. En algunos casos puede ser necesaria la colaboración de un especialista para realizar la sedación.

Durante la exploración además de visualizar el colon, se pueden realizar tratamientos como: extirpar pólipos (polipectomía), extirpación de pequeños tumores, destruir lesiones mediante la aplicación de calor, gas argón o láser, realizar biopsias, dilatar zonas estrechas o colocar prótesis.

La exploración precisa de una muy importante preparación previa mediante laxantes o lavados rectales para la limpieza del colon y debe estar en ayunas al menos 4 horas antes del procedimiento.



En algunos casos puede no lograrse completar la exploración de todo el colon o ser aconsejable realizar más de una sesión.

El médico me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, presencia de prótesis, o marcapasos.

La finalidad de la técnica es el diagnóstico de enfermedades del colon, recto o íleon, así como realizar el tratamiento de algunas de ellas (biopsia, extirpación de pólipos etc.).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor e hinchazón abdominal.
- Náuseas.
- Dificultad para expulsar gases.

- Dolor anal.
- Reacciones alérgicas a los fármacos empleados.
- Sangrado rectal leve.
- Dolor de intensidad moderada, debido a la extirpación de pólipos.
- Perforación o rotura del intestino.
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Problemas cardiorrespiratorios: alteraciones de la tensión arterial, ritmo cardiaco y disminución de la concentración de oxígeno en sangre sobre todo en relación con el grado y la duración de la sedación. Parada cardiorrespiratoria (de manera muy excepcional).
- Rotura de aneurisma abdominal y transmisión de infecciones.
- Rotura del bazo o pancreatitis (inflamación del páncreas).
- Aspiración bronquial.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento endoscópico o médico, sobre todo si se detectan durante el procedimiento. La extirpación de pólipos genera muchas de las complicaciones descritas, si bien su incidencia es muy baja y se puede resolver de forma habitual por el endoscopista. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia respiratoria grave no controlada.
- Insuficiencia cardíaca inestable no controlada.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Estudios radiológicos (enema opaco, TAC).
- Cirugía.

AUTORIZACIÓN PARA “COLONOSCOPIA”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: