

UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA** que:

1.- Es una **técnica endoscópica que pretende la visualización de la pared del intestino grueso (colon)**, y en ocasiones, los últimos centímetros de íleon terminal, con el fin de poder diagnosticar y tratar distintas enfermedades.

2.- El procedimiento, por indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias **puede hacer recomendable o necesaria la sedación o anestesia** (con o sin intubación de la vía aérea) para disminuir los molestias de la prueba. **La sedación se administra habitualmente por el médico endoscopista y**, en ocasiones, por médicos anestesiólogos. **Si el procedimiento se realiza con sedación, no debe conducir, ni realizar actividades que conlleven riesgo para su integridad en las 8 horas siguientes a la prueba**, por lo que **debe acudir acompañado**.

3.- Con el paciente habitualmente acostado sobre su lado izquierdo y, tras la introducción por el ano del endoscopio, se progresa por el colon examinando su pared. **Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o reseca alguna lesión o realizar otras técnicas terapéuticas (tratamiento de lesiones sangrantes, extracción de cuerpo extraño, dilatación)**, que pueden incrementar los riesgos de la misma

4.- Para la realización de la prueba debe haberse tomado el día anterior una preparación laxante que le habrá recomendado su médico para adecuada limpieza del colon.

5. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, o complicaciones, 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.

- **Distensión abdominal** (0,03-0,1%), náuseas, vómitos, dolor abdominal o paso de gérmenes a la sangre.
- **Hemorragia. Ocasionalmente** (0,03-0,1%), puede producirse una hemorragia importante, que normalmente se trata durante la misma endoscopia, aunque puede ser grave.
- Puede producirse una lesión de pared del tubo digestivo, llegando incluso a la **perforación** del mismo(1/2000). Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- **Excepcionalmente** puede producirse sepsis (0,08%), arritmia o parada cardíaca o accidente cerebrovascular.
- Estas complicaciones, excepcionalmente, pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo un **riesgo mínimo de mortalidad. (1/10,000)**

6. Hasta un 25% de las exploraciones diagnósticas pueden convertirse en exploraciones terapéuticas. La posibilidad de complicaciones cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos se multiplica por 5.

7.- A pesar de que las complicaciones después de una colonoscopia son infrecuentes, es importante reconocer las señales tempranas de las mismas. Si tiene dolor abdominal importante, fiebre, o sangrado rectal abundante, dirijase al hospital. Tenga en cuenta que el sangrado puede producirse varios días después de la exploración.

8. La realización del procedimiento con sedación puede aumentar levemente el riesgo de complicaciones, que son más probables en pacientes enfermedades previas, pero no se excluyen en personas sanas. Pueden ser:

- **Complicaciones respiratorias o cardíacas:** depresión respiratoria (bajada de oxígeno en la sangre), aspiración (por el paso al pulmón de parte del contenido del estómago) , parada o insuficiencia respiratoria, neumonía, arritmias. Infarto, parada cardíaca etc

UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- **Reacción alérgica** a los fármacos o líquidos intravenosos administrados. Estas reacciones pueden ser graves aunque tienen carácter extraordinario. Según las Autoridades Sanitarias y las Sociedades científicas no es necesario practicar estudios alergológicos en pacientes sin antecedentes alérgicos.
- **Otras complicaciones:** náuseas o vómitos, flebitis y/o tromboflebitis por catéter venoso, amnesia postsedación.

Riesgos personalizados

9.- Se me ha advertido la necesidad de informar sobre aquellos fármacos que ha tomado los días previos a la exploración o si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación. También debe informar de posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente.

10.- El médico me ha explicado también la existencia de **procedimientos alternativos** y de que, a **pesar de la realización adecuada de la técnica, podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido.**

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 todas 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-ILEOSCOPIA y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia-citología y otros) **como terapéuticos** (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma.

También autorizo expresamente la administración de la sedación para la exploración.

En Alcorcón a fecha

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE (DNI)

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

REVOCAION (rellenar solo en caso de decidir no otorgar el consentimiento para la exploración)

DON/DOÑA. de años de edad, CON DOMICILIO EN ...
..... y D.N.I. Nº O en su lugar, DON/DOÑA. de años
de edad. CON DOMICILIO EN y D.N.I. Nº EN CALIDAD
DE (Representante legal, familiar o allegado)

Revoco el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado. En Alcorcón a

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL