

**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 anesestesiólogos. **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