

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
LA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Colonoscopia**, es un procedimiento mediante el cual es posible examinar los diferentes segmentos del intestino grueso y en ciertas ocasiones, la porción terminal del intestino delgado (íleon terminal).

En un pequeño porcentaje de pacientes no es posible el examen total del colon, dadas las características anatómicas del mismo, por la patología del paciente, por su tolerancia al procedimiento, o por la posibilidad de que, a pesar de la preparación, haya deposición dentro del intestino.

Es posible que al médico tratante le interese obtener información solo de la porción distal (terminal) del colon, en cuyo caso solicitara el examen como una colonoscopia corta, el que es de menor dificultad técnica, más corto.

El examen se efectúa mediante la introducción a través del recto, de un instrumento que cuenta con un acámara de tv, que permite que el médico visualiza el colon, mientras se introduce aire para distenderlo.

Esto permite visualizar las características normales de la mucosa, así como la presencia de lesiones, es probable además tomar muestra de tejidos para biopsias, y también realizar tratamientos terapéuticos en el caso que sea necesario (control de hemorragias, recepción de pólipos, etc.).

El médico tratante solicitara este examen cuando considere que es el procedimiento más útil en relación con la situación clínica del paciente.

El examen comienza con la instalación de una vía venosa periférica con el fin de administrar medicamentos para sedar al paciente (**Midazolam, Fentanilo**) y un antiespasmódico (**Buscapina**) si el médico así lo estima conveniente. Estos medicamentos permiten disminuir el dolor y contribuir a una buena tolerancia del procedimiento. Con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a estos medicamentos. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Una vez que el paciente está sedado, se inicia el examen, el tiempo de duración varía en cada paciente, durante todo el periodo de realización de este procedimiento el paciente permanece monitorizado.

Terminado el examen se traslada a servicio de recuperación donde es observado y evaluado por personal de enfermería, en el momento del alta se entrega informe e indicaciones posteriores.

En caso que durante el examen se tomen muestras para biopsia se informara al paciente donde y cuando retirar el resultado de dichos exámenes y es su responsabilidad obtener dichos informes, para presentarlos a su médico tratante.

El procedimiento descrito es en general bien tolerado, y la información que se obtienen de él puede tener beneficio importante para el paciente, en cuanto a precisar su diagnóstico y tratamiento.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, como todo procedimiento médico invasivo, puede asociarse a **complicaciones o efectos no deseados**, tanto como consecuencia del procedimiento en si, como por parte de la sedación o anestesia usadas, como otros **específicos del procedimiento**:

El efecto no deseado más frecuente del examen es la presentación de distensión abdominal, por el aire que se insufla durante el procedimiento. Este desaparece en forma espontánea en la medida que el paciente expulsa el aire después del examen.

**Complicaciones de la preparación:** en situaciones poco frecuentes la preparación para limpiar el colon, puede provocar alteraciones electrolíticas (por pérdida de líquido en deposición), mayor frecuencia en personas de avanzada edad y con falla renal.

**Reacciones adversas** a los medicamentos usados.

**Perforación del colon:** es la complicación más riesgosa de una colonoscopia y una vez diagnosticada, el paciente debe ser sometido a cirugía inmediata, con una hospitalización con duración variable. De acuerdo a la literatura mundial puede ocurrir entre el 0 y el 0,35% de los exámenes.

**Hemorragia:** esta complicación puede ocurrir con mayor frecuencia en el caso que durante el procedimiento se resequen pólipos. En forma excepcional puede ocurrir con la toma de biopsias. Cuando ocurre es generalmente de escasa cantidad, pero al ser de mayor envergadura puede requerir transfusiones, hospitalización y eventualmente, nuevos procedimientos.

**Complicaciones misceláneas:** puede ocurrir en forma excepcional en muy bajos porcentajes, no cuantificados en la literatura mundial e incluyen bacteriemias, abscesos retroperitoneales, apendicitis, ruptura del bazo y otros.

**Eventos adversos cardiorrespiratorios:** Como arritmias, depresión respiratoria o aspiración de secreciones. Las complicaciones y efectos adversos descritos son los que pueden ocurrir en cualquier centro de endoscopia del mundo.

Se informará oportunamente al paciente cuándo y dónde debe ser retirado exámenes complementarios. Será de responsabilidad de éste último obtener dichos informes y presentarlos a su médico tratante.

En el caso de que exista alguna complicación, habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) y son tratables en la unidad de endoscopia, en casos muy infrecuentes las complicaciones son graves y requieren tratamiento quirúrgico e intensivo (hospitalización).

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Las fotografías o filmaciones de video, son parte del procedimiento.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Colonoscopia,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA COLONOSCOPIA,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)