



Consentimiento Informado Para La  
Realización De Colonoscopia

## Consentimiento Informado Para La Realización De Colonoscopia

## Consentimiento Informado Para La Realización De Colonoscopia

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, efectuar el procedimiento diagnóstico de **COLONOSCOPIA**

## INFORMACIÓN

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 % 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 acamara 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 solicita este examen cuando considera 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.

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.

Sin embargo como todo procedimiento medico 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.

- 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 colonoscopia**

1. 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.
2. Reacciones adversas a los medicamentos usados.
3. Perforación del colon: es la complicación ms 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

Es muy importante que el paciente, al que se le efectúe el procedimiento. Este informado acerca de sus complicaciones, antes de otorgar su consentimiento para su realización. Si usted tiene cualquier duda, acerca de lo expuesto en este documento, podrá solicitar mayor información al médico que se lo realizara.

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 endoscopía, en casos muy infrecuentes las complicaciones son graves y requieren tratamiento quirúrgico e intensivo (hospitalización)

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

**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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

**Declaro:**

Que además me han explicado que de acuerdo a la **ley 20.584** de los derechos y deberes de los pacientes, la filmación o fotografías de los procedimientos con fin científico, clínico, académico e incluso a solicitud del paciente o representante legal, solo se podrá hacer con la **autorización escrita** del paciente o de su representante legal.

Estos documentos tanto el consentimiento como el material gráfico, pasaran a ser parte integrante de la ficha clínica de los pacientes y como tal quedan bajo la tuición y custodia de la clínica y solo podrán ser usados para los fines que han sido autorizados

Además he podido formular las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas

**Consiento que se FOTOGRAFÍE el procedimiento**

Nombres con dos apellidos.....

Firma Paciente: .....

Firma Representante Legal, familiar / allegado:.....

Fecha.....



**Revoco que se FOTOGRAFÍE el procedimiento**

Nombres y dos apellidos.....

Firma Paciente: .....

Firma Representante Legal, familiar / allegado:.....

Fecha.....

---

**Y EN TALES CONDICIONES.**

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el procedimiento diagnóstico de  
**COLONOSCOPIA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).