

<p><b>CENTRO SANITARIO</b>  <b>Hospital Costa del Sol</b>  <b>Hospital de Alta Resolución de Benalmádena</b></p>	<p><b>SERVICIO DE DIGESTIVO</b></p>
--	-------------------------------------

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (\*) COLONOSCOPIA TAMBIÉN LLAMADA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

**1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:**

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:**

La exploración a la que usted va a someterse se denomina colonoscopia y consiste en la exploración del recto y del colon (intestino grueso) e incluso los últimos centímetros del intestino delgado. Se realiza con un tubo flexible que se introduce por el ano. El tubo (endoscopio) lleva un sistema de iluminación y una cámara. Sirve para el diagnóstico de enfermedades que afectan al intestino grueso así como para el tratamiento de algunas de ellas.

**CÓMO SE REALIZA:**

La exploración se realiza en una posición cómoda sobre el lado izquierdo, aunque puede ser conveniente cambiar de postura durante la misma. La duración de una colonoscopia es variable, pero en total suele ser de unos 30 minutos. Para que la tolere mejor se le administrará un sedante y si es preciso un analgésico. También se puede realizar con sedación profunda o anestesia general.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

El paso del endoscopio por el intestino provoca malestar y sensación de hinchazón. 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. Una vez finalizada la exploración, queda sensación de gases que pasa en poco tiempo. Si se han hecho tratamientos o hay lesiones, como hemorroides, puede verse alguna pequeña hebra de sangre en la primera deposición tras la exploración.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

La colonoscopia está indicada siempre que su médico crea necesario conocer la existencia de alguna enfermedad en su intestino grueso. Por ejemplo, ante síntomas como rectorragia (emisión de sangre a través del ano), anemia por pérdidas de sangre, cambios recientes del ritmo intestinal o diarrea de larga evolución, entre otros.

Durante la exploración se pueden realizar tratamientos como: extirpar pólipos (polipectomía o extirpación de pequeños tumores benignos y a veces también malignos), destruir lesiones mediante la aplicación de calor, gas argón o láser, dilatar zonas estrechas o colocar prótesis.

<p><b>CENTRO SANITARIO</b>  <b>Hospital Costa del Sol</b>  <b>Hospital de Alta Resolución de Benalmádena</b></p>	<p><b>SERVICIO DE DIGESTIVO</b></p>
--	-------------------------------------

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

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

Una alternativa a la colonoscopia, para el diagnóstico, es la realización de un enema opaco. Este consiste en introducir un contraste por el ano y rellenar todo el colon. Sus resultados diagnósticos son peores y no permite la toma de biopsias ni la realización de tratamientos. Otra alternativa, para el diagnóstico, es la colonografía virtual mediante TC. Esto puede ser necesario de forma complementaria en ciertas circunstancias o si la colonoscopia no ha sido completa. Para los tratamientos, la única alternativa a la endoscopia es una intervención quirúrgica, lo que implica mayores riesgos.

**QUÉ RIESGOS TIENE:**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**

La colonoscopia es una técnica muy segura. Las complicaciones suelen ser leves y sin repercusión alguna. Estas son: dolor abdominal, sudoración, hinchazón o distensión abdominal y reacciones no deseadas a la medicación administrada. La posibilidad de complicaciones es mayor cuando el endoscopio se emplea para aplicar tratamientos, como polipeptomías, destrucción de lesiones con calor, gas argón o láser, dilataciones o colocación de prótesis.

- **LOS MÁS GRAVES:**

Las complicaciones graves son poco frecuentes pero posibles. Entre ellas están: perforación o rotura del intestino, hemorragia, reacciones alérgicas medicamentosas graves, alteraciones cardiopulmonares, rotura de aneurisma abdominal y transmisión de infecciones. Excepcionalmente puede requerirse un tratamiento urgente o una intervención quirúrgica.

- **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

**Alergias a medicamentos:** Debe conocerse previamente si hay alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados.

**Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante:** pueden tener más riesgo de hemorragia, sobre todo si se toman biopsias o con otras maniobras. Se deben tomar precauciones al respecto.

La insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria, la insuficiencia renal, el infarto agudo de miocardio reciente y las enfermedades inflamatorias intestinales graves incrementan el riesgo de complicaciones.

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):**

Realice correctamente la preparación. Facilitará la exploración, disminuirá las molestias y evitará tener que repetirla.

Avise si padece posibles alergias a medicamentos.

**CENTRO SANITARIO****Hospital Costa del Sol****Hospital de Alta Resolución de Benalmádena****SERVICIO DE DIGESTIVO**

Notifique también con tiempo (al menos una semana antes) si toma algún medicamento anticoagulante (Sintrom...) o antiagregante (aspirina, AAS, Tromalyt, Iscover...), ya que puede ser necesario suspenderlos antes.

Acuda acompañado.

No conduzca ni maneje maquinarias peligrosas durante el resto del día si se le ha administrado sedación.

**OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

<p><b>CENTRO SANITARIO</b>  <b>Hospital Costa del Sol</b>  <b>Hospital de Alta Resolución de Benalmádena</b></p>	<p><b>SERVICIO DE DIGESTIVO</b></p>
--	-------------------------------------

**2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL** (si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

**2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO**

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**2.3 CONSENTIMIENTO**

o, D/Dña \_\_\_\_\_, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI  NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI  NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SI  NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SI  NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

<b>CENTRO SANITARIO</b> <b>Hospital Costa del Sol</b> <b>Hospital de Alta Resolución de Benalmádena</b>	<b>SERVICIO DE DIGESTIVO</b>
---	------------------------------

**2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN**

---

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

**2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

Yo, D/Dña \_\_\_\_\_, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL/LA PACIENTE \_\_\_\_\_ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal)

(En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)