

1. INFORMACIÓN ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO

La rectosigmoidoscopia es un examen que consiste en la visualización del borde anal, canal anal, recto y sigmoides distal; (para examinar unos 20 – 25 cm intestino grueso) que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Esta hoja pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerla tiene alguna duda, coméntela con su médico.

2. JUSTIFICACIÓN PARA SU REALIZACIÓN

La rectosigmoidoscopia correctamente indicada procurará la mayoría de las veces un diagnóstico de certeza, que seguirá de un mejor tratamiento y seguimiento. Es el único procedimiento capaz de diagnosticar el cáncer de colorectal en una etapa temprana, lo que conlleva un pronóstico más favorable.

3. PREPARACIÓN Y RIESGOS DE LA NO PREPARACIÓN

Para realizar este procedimiento el recto debe estar muy bien preparado para poder visualizar la mucosa del recto y sigmoides, para ello debe seguir exactamente las indicaciones que se darán en una hoja aparte. Si se administra sedación **no debe comer ni beber nada en las ocho horas** anteriores a la prueba. En el caso de que usted tenga que tomar algún medicamento previo a la exploración, debe tener en cuenta que su absorción y, por tanto, su eficacia podrían verse reducidas por lo que debe preguntar a su médico la importancia de esto en su caso concreto. En general, debe tomar su medicación habitual. Tenga en cuenta que si no cumplió la preparación indicada no podrá realizarse el procedimiento debido a que no se podrá explorar completamente pudiendo pasar por alto alguna lesión importante.

4. METODOLOGÍA PARA SU REALIZACIÓN

Tras recoger este documento firmado, el personal de enfermería le invitará a ponerse una bata y a retirarse: prótesis odontológicas, accesorios tales como gafas, cadenas o bisutería. La auxiliar le colocará una vía venosa para la administración de suero y medicamentos según necesidad **Salvo que usted no requiera sedación**, se le inyectará un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración, se le acostará de lado izquierdo con los miembros inferiores flexionados. Este procedimiento tiene una duración de 5 a 10 minutos aproximadamente. Si durante el procedimiento se encuentra algo anormal, el médico tomará biopsias de tejido o lesiones encontradas para ser enviadas a estudios patológicos, puede sentir la sensación de presión anal o cólicos abdominales.

5. INCOMODIDADES QUE PUEDE PRESENTAR

Las incomodidades con el procedimiento se presentan en caso de no sedación y están relacionadas con la introducción del colonoscopio ya que se pueden notar espasmos o presión abdominal debido a la necesaria insuflación de aire durante la exploración. Se trata de un hecho normal que desaparece rápidamente.

6. RIESGOS PROBABLES DEL PROCEDIMIENTO

La rectosigmoidoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven aplicando tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. Conviene añadir los riesgos menores que pueden derivar del uso de laxantes o enemas de limpieza previos a la exploración.

7. INFORMACIÓN ESPECIFICA SOBRE LOS RIESGOS (Propios, inherentes, personales, de la patología, accidentales o profesionales)

Muy raramente tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente o puede producirse un sangrado importante, que se trata inmediatamente por medio de la inyección local por el colonoscopio de distintos medicamentos, pero que también puede precisar cirugía.

En ocasiones puede comprometerse la función cardíaca o respiratoria durante la rectosigmoidoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un tranquilizante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.

Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de los medicamentos aplicados o bien flebitis en la zona de administración. Debe avisar al médico alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (fundamentalmente infarto de miocardio o angina reciente), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (en especial antiagregante plaquetario, ASA) o cualquier otra circunstancia. Si padece alguna enfermedad (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia y la edad avanzada) aumenta, la frecuencia de riesgos o complicaciones.

8. RIESGOS DE NO REALIZAR EL EXAMEN

Como es lógico va a suponer una inexactitud diagnóstica en la mayoría de los casos y un retraso en la aplicación del tratamiento adecuado.

9. RECOMENDACIONES

Tras la exploración puede iniciar alimentación común y corriente. Si presenta leve cólico abdominal este puede ser ocasionado por el aire insuflado durante el procedimiento, esta molestia cederá con la expulsión de gases. Pero si persiste **el dolor o se incrementa lejos de atenuarse** tras la rectosigmoidoscopia y aparecen otros síntomas (p.ej. mareo, náuseas, fiebre) o elimina **sangre por el ano** informe a su médico. Si le ha sido inyectado un **sedante** diríjase a su casa en compañía de u su acompañante y descanse, no debe conducir, trabajar con maquinaria peligrosa o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas **al menos 12 horas**.

10. ALTERNATIVAS AL EXAMEN O TRATAMIENTO A SER REALIZADO

Exploración radiográfica mediante enema con contraste baritado o Colon por enema.

No obstante, el procedimiento que se le ha recomendado es considerado el más adecuado en su caso.

11. DISPONIBILIDAD PARA AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la página web <https://www.ighosas.com/pages/preparaciones#> encontrará información acerca del procedimiento para su mayor comprensión.

12. LIBERTAD PARA LA DECISIÓN DE REALIZAR O NO EL PROCEDIMIENTO

Una vez realizadas las aclaraciones necesarias sobre el procedimiento y esta satisfecho con la información recibida continúe el diligenciamiento del consentimiento; de lo contrario si decide la no realización del mismo y sus condiciones soliciten el formato de disentimiento informado donde manifiesta su decisión.

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar en cualquier momento el consentimiento que ahora presto y sin necesidad de dar ninguna explicación.

13. PERMISO DE USO DE DATOS PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Los datos relacionados con su diagnóstico, tratamiento y respuesta al mismo, complicaciones; así como los datos sociodemográficos como edad, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de salud son importantes para la evaluación de las enfermedades y conocer su comportamiento en nuestra población. Por ello y fundamentados en la Resolución 8430 de 1993 Artículo 11 donde en el numeral a Investigación sin riesgo, está dado que son registros de investigación documental donde no se realiza intervención o modificación intencionada de las características biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos; y numeral b Investigación con riesgo mínimo donde se emplea el registro de datos de procedimientos comunes o de procedimientos de diagnóstico o tratamientos que requiere y por criterio médico secundarios a la patología de la persona, y se realizarán independiente de su ingreso a la base de datos.

Así mismo, en Igho la protección de datos personales estará regida por las disposiciones de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 del Congreso de Colombia y del Decreto Nacional 1377 de 2013.

- Autorizo el uso de los datos de mi historia clínica de Igho para estudios de investigación. Si No
- ¿En caso de estudios a futuro, quisiera ser participante en esos nuevos estudios? Si No

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

En la Ciudad de Bucaramanga, el día ____ del mes de _____ de 20__, Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, declaro que el (la) Dr. (a) _____, con cédula de ciudadanía número _____, Registro Medico _____, me ha explicado que es conveniente y necesario, en mi situación la realización de _____ y que he comprendido adecuadamente la información. (Indicaciones, alternativas, riesgos y beneficios del procedimiento), y teniendo la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas, aclarando las dudas al respecto, por lo tanto acepto la realización de dicho procedimiento.

FIRMA DE PACIENTE

CC

**FIRMA
REG MEDICO
CC**

TESTIGO:

Señor/a, _____, con cédula de ciudadanía número _____ de _____ en calidad de (representante legal, familiar del paciente).

Certifico que la anterior declaración es cierta en todo su contenido.

FIRMA TESTIGO

CC

En caso de menores de 18 años la declaración deberá ir firmada por al menos uno de los padres y un testigo (familiar).

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta al paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

Firma en su lugar _____ (nombre y apellidos)
_____ (documento) de _____.

En carácter de _____ (Indicar el grado de parentesco)

FIRMA DEL/LA RESPONSABLE

CC