

C E G A  
CENTRO DE  
GASTROENTEROLOGIA

---

Documento de *información y consentimiento*

Este documento tiene la finalidad de informarle acerca de los alcances y eventuales complicaciones de la endoscopia digestiva baja o *videocolonoscopia* (VCC) como así también obtener su autorización para poder realizarla.

Si Ud. no desea recibir esta información podrá completar el espacio destinado a manifestar su negativa al pie de este formulario.

La VCC es un procedimiento endoscópico que se utiliza con fines diagnósticos y/o terapéuticos resultando de suma utilidad para la detección de lesiones benignas y malignas ubicadas en el colon, a través de su visualización directa. Este examen se realiza bajo sedación anestésica la cual es efectuada por un médico anesthesiologo quien, en la entrevista previa al procedimiento, informará sobre las características de la técnica y aclarará las dudas existentes al respecto.

Para la realización del estudio es indispensable limpiar el intestino adecuadamente por lo que se deberán ingerir laxantes. Los mismos pueden producir deshidratación que debe prevenirse con la ingestión de suficiente cantidad de líquidos y electrolitos, como será indicado.

La *complicación* más frecuente de este procedimiento diagnóstico es la perforación colónica, que se produce con una frecuencia aproximada del 0.4% y requiere una intervención quirúrgica inmediata.

La VCC permite la detección de pólipos, que son tumores habitualmente benignos que crecen lentamente en la luz del tubo digestivo y pueden evolucionar a cáncer.

La polipectomía endoscópica consiste en la extirpación de dichas lesiones y se puede realizar utilizando un lazo metálico denominado asa o una pinza de biopsia. Ambos elementos cuando están conectados a una fuente de coagulación y corte permiten su resección a través de una corriente eléctrica.

Las *complicaciones* de esta cirugía son principalmente la *hemorragia*, durante el procedimiento endoscópico o en forma tardía y la *perforación* intestinal que requiere tratamiento quirúrgico inmediato. Se presentan en aproximadamente el 2% y 1% de los casos respectivamente.

Si Ud. sabe que padece una enfermedad cardiovascular deberá informarlo con anticipación para permitir que se tomen las medidas pertinentes y deberá realizar una consulta con el médico cardiólogo tratante en forma previa, informándole que tiene proyectado someterse a este procedimiento.

Asimismo deberá informar si está o cree estar embarazada, si recibe terapia anticoagulante, si ingiere habitualmente aspirina, analgésicos o antiinflamatorios, o si padece cualquier enfermedad por Ud. conocida. Deberá concurrir acompañado y no podrá conducir vehículos durante las ocho horas posteriores.

Debe saber que existen alternativas diagnósticas y terapéuticas a este procedimiento y que también existen alternativas profesionales e institucionales para realizar el mismo. Podemos asesorarlo al respecto. Asimismo debe saber que en el colon ningún procedimiento tiene el 100 % de efectividad diagnóstica siendo necesaria la vigilancia periódica en un tiempo prudencial, el que dependerá de cada caso en particular.

Ud. recibe esta información con la debida antelación para permitirle reflexionar sobre estos temas y aclarar las dudas existentes solicitando todas las explicaciones que considere necesarias, antes de someterse al examen.

Se deja constancia que tratándose de un procedimiento médico existe la posibilidad de que surjan complicaciones inesperadas y que no es posible garantizar los resultados de las prácticas diagnósticas o terapéuticas.

Ud. entiende que pueden requerirse con inmediatez tratamientos o intervenciones alternativas o adicionales y da su consentimiento para que sean realizados si, en la opinión del médico tratante, fuesen necesarios.

Ud. consiente que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de su cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele su identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento previo a la realización de la práctica.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, Ud. autoriza al Dr.....  
y a los profesionales que él designe, a efectuar en su persona los procedimientos endoscópicos  
diagnósticos y/o terapéuticos que fueron indicados por el  
Dr....., con el diagnóstico  
de .....

Campana,.....de.....de.....

Firma del paciente:  
Aclaración:  
Tipo y N° documento:

Firma del familiar/allegados:  
Aclaración:  
Tipo y N° documento:

### **Negativa a recibir información**

Firma paciente:  
Aclaración:  
Tipo y N° documento:

Firma familiar / allegado:  
Aclaración:  
Tipo y N° Documento: