

SOLICITUD DE COLONOSCOPIA

Fax Cita Previa H.U.C.: 922 641 256

Fecha de solicitud: __ / __ / __

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____ años

Procedencia: CS/CAE _____ Servicio HUC _____ Tel/Fax: _____

INDICACIONES PARA CIRCUITO PREFERENTE (<30 DÍAS): (Módulo 2115)

RECTORRAGIA SIN SINTOMAS ANALES DE \geq 6 SEMANAS DE EVOLUCIÓN (no incluye rectorragia ocasional al final de la deposición o manchar el papel)	<input type="checkbox"/>
ANEMIA FERROPÉNICA Y EDAD \geq 40 AÑOS (*) (Si Hb <12 g/dl en Hombres o <11 g/dl en Mujeres Postmenopáusicas con Ferritina <15 μ g/L o microcitosis)	<input type="checkbox"/>
DIARREA DE \geq 6 SEMANAS DE EVOLUCIÓN (Antes valorar causa farmacológica, descartar celiaquía, dieta sin lácteos o tratamiento con resinolectiramina para malabsorción de sales biliares)	<input type="checkbox"/>
SANGRE OCULTA HECES (SOH). Colonoscopia indicada si el resultado es: AÑADIR VALOR: _____ ng/ml ▪ \geq 50 ng/ml e pacientes sintomáticos: anemia que no cumpla los criterios anteriores (*), estreñimiento, dolor abdominal o engrosamiento de pared colónica por TC o RM (realizar SOH antes de solicitar colonoscopia en estos casos) ▪ \geq 100 ng/ml en personas asintomáticas (cribado cáncer colorectal en población \geq 50 años = riesgo intermedio)	<input type="checkbox"/>
Síndrome constitucional (pérdida de peso significativa) + dolor abdominal, anemia o cambio del hábito intestinal	<input type="checkbox"/>
Masa Palpable Rectal o Abdominal	<input type="checkbox"/>
Sospecha radiológica clara de neoplasia colorrectal <input type="checkbox"/> Colonoscopia previa incompleta (si indicación preferente) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICACIONES PARA CIRCUITO NORMAL: (Módulos 2131 ó 2132)

Cribado familiar de cáncer colorrectal, si el caso índice es <60 años ó \geq2 familiares de 1er grado ó hermano afecto de cáncer colorrectal (si el caso índice tiene \geq 60 años o parentesco de 2º o 3º grado hacer SOH/2 años) (2131)	<input type="checkbox"/>
Vigilancia post-polipectomía (2131) (Guía ESGE. Endoscopy 2013; 45: 842) <input type="checkbox"/> Vigilancia de Enf. Inflamatoria Intestinal (2132) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilancia de cáncer colorrectal (2131) (Gastroenterology 2016;150:758) <input type="checkbox"/> Resección de pólipo(s) avanzado(s) (2132) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilancia de síndrome de Lynch, PAF o MUTHY (2132) <input type="checkbox"/> Tratamiento de angiodisplasia colónica (2132) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticulitis aguda reciente (programar colonoscopia 2-3 meses después del episodio de diverticulitis) (2131)	<input type="checkbox"/>
En pacientes con anemia leve (HB \geq 12 g/dl en hombres o Hb \geq 11 g/dl en mujeres), estreñimiento, dolor abdominal o engrosamiento de la pared abdominal por TC o RM , debe realizarse antes un TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES . En estos casos se realizará la colonoscopia si el resultado del test de SOH es \geq 50 ng/dl (2115)	
Otra indicación (consultar al Servicio de Ap. Digestivo):	

Tiempo de evolución de los síntomas: días: _____, semanas: _____; meses: _____; años: _____

¿Recibe tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes?: no si Cuál?: _____

¿Alergias conocidas a medicamentos?: no si Cuál?: _____

¿Es portador de prótesis cardiaca metálica?: no si

Otros antecedentes patológicos de interés: _____

La colonoscopia es una prueba invasiva que requiere sedación e.v. por lo que es imprescindible entregar al paciente información escrita sobre el procedimiento, la preparación y el consentimiento informado

Médico solicitante: Dr. _____

Nº de Colegiado: _____

Firma: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA COLONOSCOPIA

Consiste en la exploración visual de la mucosa de recto y del intestino grueso mediante la introducción a través del ano de un endoscopio (instrumento flexible). El endoscopio transmite la imagen a un sistema de monitor semejante a una pantalla de TV. Permite, además, tomar muestras de lesiones, extirpar pólipos o aplicar determinadas terapias (dilatación de zonas cerradas, inyectar sustancias en lesiones sangrantes). La duración de la prueba es muy variable, entre 20 y 45 minutos.

Molestias. Durante la colonoscopia puede sentir molestias o dolor pasajero por la necesidad de introducción de aire en el intestino y estiramiento de las asas del intestino.

Medicación. Para la colonoscopia se la administrará por la vena una medicación para evitar el dolor (analgésico) y un sedante. Para ello, se mantendrá un suero en la vena y se controlará el pulso y el nivel de oxigenación de la sangre mediante un aparato denominado pulsioxímetro.

En algunas circunstancias, dependiendo del tipo de lesión observada, es posible que sea preciso aplicarle un **tratamiento** durante la exploración. Los procedimientos más habituales son: 1) Polipectomía: consiste en quitar pólipos (lesiones a modo de verrugas) con o sin corriente eléctrica. No produce dolor o molestia alguna. 2) Dilatación: consiste en abrir zonas cerradas del intestino mediante un balón de plástico duro que se llena de agua. 3) Esclerosis o Termocoagulación: ambas técnicas se utilizan para el tratamiento de lesiones sangrantes. La primera consiste en la inyección de la lesión con sustancias esclerosantes. La segunda se basa en la aplicación de calor sobre la lesión sangrante mediante una sonda.

Complicaciones. Son en general poco frecuentes. La hemorragia ocurre en menos del 1% de los casos, generalmente asociada a la extirpación de pólipos, resolviéndose la mayoría de las veces durante la endoscopia. La perforación intestinal es poco frecuente y suele asociarse a procedimientos terapéuticos (ej: extirpación de pólipos, dilataciones, etc.) y puede requerir intervención quirúrgica. Ocurre en menos del 1% de las dilataciones y en menos de una de cada 1000 polipectomías. Puede suceder también en exploraciones diagnósticas al introducir el endoscopio (ocurre en menos de uno de cada 5.000 casos). En ocasiones puede ocurrir dificultad respiratoria y/o hipotensión arterial que suelen ser reversibles. La parada cardiorrespiratoria es muy infrecuente y se presenta en menos de una de cada 13.000 exploraciones.

Si está recibiendo tratamiento con anticoagulantes, es necesario que se lo notifique con suficiente antelación (una semana como mínimo) al médico que se encarga del proceso para que indique la pauta a seguir, ya que puede ser necesario un reajuste del tratamiento (seguir igual, reducir dosis, suspender el medicamento, añadir otro). Los anticoagulantes más utilizados en nuestro medio son:

- Anticoagulante oral antivitamina K (AVK): Sintrom®, Aldocumar®.
- Anticoagulante oral de acción directa (ACOD): Pradaxa®, Xarelto® y Eliquis®.
- Anticoagulantes con heparina de bajo peso molecular (HBPM): Clexane®, Fraxmín®, Fraxiparina®, Hibor® e Innohep®.

Si está recibiendo tratamiento con aspirina: Adiro®, A.A.S. ® o Bioplak® no es necesario suspenderlo antes de la colonoscopia. **Si está recibiendo tratamiento con otro antiagregante oral:** Plavix®, Iscover®, Ticlid®, Ticlopidina®, Eflent®, Brilique® o Duoplavin®, se recomienda suspenderlo 7 días antes de la colonoscopia, por lo que debe consultar con su médico para que indique la pauta a seguir.

Se debe continuar con los medicamentos regularmente prescritos, a menos que se indique lo contrario, y una semana antes del examen, se debe suspender el consumo de preparaciones de hierro, siempre y cuando el médico no indique algo distinto, ya que los residuos de hierro producen heces negras que impiden la visualización.

Acuda en ayunas a la Unidad de Endoscopias del H.U.C.. Debe venir acompañado/a y dado que se le administrará un sedante, no puede ese día conducir o realizar actividades que requieran concentración.

En caso de no poder acudir llámenos al teléfono 922 678 039 con 24 horas de antelación. Así, su hueco lo podrá ocupar otro paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

Yo, D/D^a..... como paciente,

o D/D^a.....(como su representante)

en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A, en virtud de los derechos que marca la LEY GENERAL DE SANIDAD, y en consecuencia, AUTORIZO a:

Dr/a/es....., para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado: **COLONOSCOPIA** y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electrocoagulación, termocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas) que sean aconsejables durante la misma.

Consiento la administración de mediación sedante o de otro tipo (en inyección), que sea necesaria o aconsejable para la mejor realización de la prueba.

Se me han explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración, que incluyen:

1. Distensión o dolor abdominal: suelen ser frecuentes pero leves y tolerables (remite tras la eliminación de gases).
2. Hemorragia: se asocia a tratamientos como extirpación de pólipos, inyecciones esclerosantes, electrocoagulación o termocoagulación y puede requerir intervención quirúrgica. Ocurre en menos del 1% y la mayoría de las veces se resuelve endoscópicamente.
3. Perforación: suele asociarse a procedimientos terapéuticos (ej: extirpación de pólipos, dilataciones, etc.) y puede requerir intervención quirúrgica. Ocurre en menos del 1% de las dilataciones y en menos de 1 de cada 1000 polipectomías. Puede suceder también en exploraciones diagnósticas al introducir el endoscopio. Ocurre en menos de una de cada 5.000 exploraciones.
4. Sedación: a) dificultad respiratoria y/o hipotensión arterial que suelen ser reversibles; b) Parada cardiorrespiratoria: es muy infrecuente, se presenta en menos de una de cada 13.000 exploraciones.
5. Flebitis, y reacciones alérgicas si es necesario administrar medicación en inyección.

No se me han dado garantías de que se logren alcanzar los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.

He comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el

Dr/Dra.....

Estoy satisfecho/a con la información recibida (beneficios, riesgos, alternativas) y por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique la exploración señalada más arriba.

Entiendo que este documento puede ser REVOCADO POR MÍ EN CUALQUIER MOMENTO, antes de la realización del procedimiento.

La Laguna a de de 20.....

(Firmas) del paciente o representante legal

Médico :

Col. N°