

Qué es la Rectosigmoidoscopia?

La Rectosigmoidoscopia, permite la visión directa del canal anal, recto y parte del colon izquierdo.

Mediante este estudio, se pueden diagnosticar diferentes lesiones, benignas y malignas, toma pequeñas muestras de tejidos (biopsias) para analizar, sin causar dolor. También pueden realizarse distintos tratamientos, como sacar pólipos (lesiones como verrugas).

Es importante que comunique las enfermedades que presenta, sobre todo cardiovascular, pulmonar, alergias, diabetes, si es portador de marcapaso, así como la medicación que toma habitualmente, aspirina, anticoagulantes (heparina, warfarina), insulina, analgésicos, etc.

En qué consiste el estudio?

El estudio consiste en introducir un tubo flexible por el ano y observar el recto y el colon distal. Este estudio no requiere sedación.

Después del estudio?

Si se le sacó un pólipo (polipectomía), no debe tomar aspirina o similares en los 10 días siguientes al procedimiento, de lo contrario puede tener un sangrado importante.

Beneficios y Riesgos

Mediante este estudio, son grande los beneficios que se obtienen: Se pueden diagnosticar diferentes enfermedades y realizar tratamientos. Se puede diagnosticar tumores incipientes, lo cual permite realizar tratamientos temprano.

Las complicaciones serias son raras. Una complicación puede ser la hemorragia (0.02%-1.62%), especialmente después de biopsias o de polipectomías. La perforación o desgarro de la pared del colon pueden ocurrir, sobretodo luego de una polipectomía (0.2%-0.8%). El síntoma más importante de la perforación es el dolor y puede acompañarse de fiebre en algunos casos. Las complicaciones severas pueden requerir tratamiento quirúrgico.

En caso de presentar dolor o sangrado concurra al servicio de emergencia de la institución médica que le corresponda, con el informe de la endoscopia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL PACIENTE

He leído cuidadosamente y con suficiente tiempo el formulario de información que se me proporcionó y entiendo todos los puntos. Se me ha ampliado la información y se me ha respondido a mi entera satisfacción todas las preguntas que he formulado. Doy mi consentimiento en forma voluntaria y libre para la realizar el estudio. Si el médico endoscopista considera que es necesario realizar biopsias y reseca pólipos, también doy mi consentimiento en forma voluntaria.

Firma del paciente: _____ CIP: _____

Firma del Testigo: _____ CIP: _____

Fecha: _____

Nombre del médico: _____

Firma del médico: _____