

RECTOSIGMOIDOSCOPIA

1. ¿Qué es la rectosigmoidoscopia?

La rectosigmoidoscopia es un procedimiento médico que permite visualizar el interior del recto y del colon sigmoide (porción final del intestino grueso) mediante un equipo flexible llamado endoscopio, que cuenta con cámara y fuente de luz.

Este estudio permite diagnosticar inflamación, pólipos, sangrado, tumores, enfermedad inflamatoria intestinal y otras alteraciones localizadas en el segmento distal del colon. Durante el mismo procedimiento pueden realizarse intervenciones diagnósticas y terapéuticas cuando estén médicamente indicadas.

2. ¿Cómo se realiza?

El procedimiento se realiza introduciendo el endoscopio suavemente a través del recto mientras el paciente permanece acostado sobre su costado izquierdo.

La duración aproximada es de 10 a 20 minutos.

Durante el estudio puede presentarse sensación de distensión o cólicos leves debido a la introducción de aire o gas para expandir el intestino y facilitar la visualización.

Puede ser necesario:

- Tomar biopsias.
- Extirpar pólipos pequeños.
- Controlar puntos de sangrado.
- Aplicar técnicas de coagulación o hemostasia.

Estas intervenciones no generan dolor significativo adicional.

En la mayoría de los casos no requiere sedación; sin embargo, si se considera necesario, podrá administrarse bajo supervisión médica.

3. Sedación (si se requiere)

Cuando se utilice sedación, esta será administrada por personal capacitado.

La sedación puede ocasionar:

- Somnolencia.
- Mareo.

"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"

- Náuseas.
- Reacciones alérgicas.
- Alteraciones respiratorias o cardiovasculares (poco frecuentes).

En caso de recibir sedación, no podrá conducir vehículos ni realizar actividades que requieran atención plena durante el resto del día y deberá asistir acompañado por un adulto responsable.

4. Beneficios esperados

La rectosigmoidoscopia permite:

- Diagnosticar enfermedades localizadas en el recto y colon sigmoide.
- Detectar y reseca polipos en este segmento.
- Identificar causas de sangrado rectal.
- Obtener biopsias para diagnóstico definitivo.

Es un estudio dirigido que permite evaluación rápida del colon distal.

5. Riesgos y posibles complicaciones

Aunque es un procedimiento seguro, no está exento de riesgos.

Complicaciones frecuentes y leves:

- Distensión abdominal.
- Cólicos leves.
- Sensación de gases.

Complicaciones poco frecuentes:

- Sangrado leve, especialmente si se realiza biopsia o polipsectomía.
- Reacciones adversas a la sedación (si se utiliza).

Complicaciones raras pero graves:

- Hemorragia significativa.
- Perforación intestinal (puede requerir tratamiento urgente).
- Infección.

"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"

- Complicaciones cardiopulmonares (muy poco frecuentes).

6. Alternativas

Dependiendo del caso, puede recomendarse colonoscopia completa u otros estudios por imágenes. Sin embargo, estos pueden no ser necesarios cuando el problema clínico se limita al recto o colon sigmoide.

7. Consecuencias de no realizar el procedimiento

La no realización del estudio puede retrasar el diagnóstico de enfermedades como pólipos, cáncer colorrectal distal, enfermedad inflamatoria intestinal o causas de sangrado rectal, lo que podría afectar el pronóstico y tratamiento oportuno.

8. Preparación previa

Declaro que he recibido instrucciones claras sobre la preparación intestinal necesaria (uso de enemas u otras indicaciones) y comprendo que:

- Una preparación inadecuada puede impedir la correcta visualización.
- Puede disminuir la capacidad diagnóstica.
- Puede hacer necesario repetir el procedimiento.

Entiendo que es mi responsabilidad cumplir las indicaciones recibidas.


9. Imposibilidad técnica o estudio incompleto

Entiendo que pueden existir circunstancias que impidan completar el estudio o visualizar adecuadamente el segmento evaluado, tales como:

- Preparación insuficiente.
- Anatomía difícil.
- Dolor o intolerancia.
- Riesgo elevado de complicaciones.
- Hallazgos que requieran modificar la estrategia.

En estos casos, el médico podrá suspender el procedimiento por seguridad y recomendar repetir el estudio o realizar otro método diagnóstico.

"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"

	CONSENTIMIENTO DE RECTOSIGMOIDOSCOPIA	CÓDIGO R-CEX-018 Versión: 02 Vigente Desde 2026.03.12
	GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	

10. Autorización para intervenciones necesarias

Al firmar el presente documento autorizo expresamente al médico tratante a realizar, durante la rectosigmoidoscopia, todas las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que sean médicamente necesarias según los hallazgos, incluyendo, pero sin limitarse a:

- Toma de biopsias.
- Resección de pólipos.
- Control de hemorragias.
- Aplicación de técnicas hemostáticas.
- Inyección de medicamentos.
- Cualquier procedimiento adicional requerido para mi adecuado diagnóstico y tratamiento.

11. Indicaciones posteriores

Debo acudir inmediatamente a urgencias si presento:

- Dolor abdominal intenso o progresivo.
- Fiebre.
- Sangrado rectal abundante.
- Mareo o debilidad marcada.

DECLARACIONES Y FIRMAS DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE: _____ Documento No. _____

Declaro que:

He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

Igualmente, declaro que estoy informado de las formas de higiene para la adecuada realización del procedimiento, así como satisfecho de la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"



CONSENTIMIENTO DE RECTOSIGMOIDOSCOPIA

GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

CÓDIGO
R-CEX-018
Versión: 02
Vigente Desde
2026.03.12

En consecuencia, doy consentimiento para su realización.

He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento aceptando firmar la revocación en caso de que esto suceda.

Fecha: _____

Firma del paciente

Firma del Médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, entre otros).

Nombre: _____

C.C. _____

En calidad de _____ autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Fecha: _____

Firma del representante legal

REVOCAION O DISENTIMIENTO

NOMBRE: _____ Documento No. _____

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo que se me realice el procedimiento.

Firma del paciente
legal

Firma del médico

Firma del representante

"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"

**CONSENTIMIENTO DE RECTOSIGMOIDOSCOPIA****GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA**

CÓDIGO
R-CEX-018
Versión: 02
Vigente Desde
2026.03.12

CONTROL DE VERSIONES DEL DOCUMENTO

VERSIÓN	FECHA	RESPONSABLE	MODIFICACIÓN
01	2025.01.23	Coordinadora de calidad	Primera edición del documento.
02	2026.03.12	Coordinadora de Calidad	Se actualiza documento de acuerdo a revisión realizada por especialista en Gastroenterología

"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"