

## **POLIPECTOMIA DE COLON**

. ¿Qué es la polipectomía de colon?

La polipectomía es un procedimiento endoscópico mediante el cual se extraen pólipos del colon.

Los pólipos son crecimientos anormales que sobresalen de la pared interna del intestino. Algunos pueden transformarse en cáncer con el tiempo, por lo que su resección constituye una medida preventiva fundamental contra el cáncer colorrectal.

La polipectomía se realiza durante una colonoscopia utilizando instrumentos especiales que permiten cortar y retirar el pólipo de forma segura.

2. ¿Cómo se realiza?

Durante la colonoscopia, si se identifica un pólipo, el médico procederá a su resección mediante técnicas endoscópicas adecuadas según el tamaño, forma y localización del mismo.

El pólipo puede ser retirado utilizando:

- Asa de polipectomía.
- Pinza de resección, especialmente en pólipos pequeños.
- Resección en uno o varios fragmentos si el tamaño lo requiere.

El tejido extraído será enviado a estudio anatomopatológico para análisis microscópico.

El procedimiento puede realizarse bajo sedación.

3. Beneficios esperados

- Prevención del cáncer de colon.
- Diagnóstico histológico preciso.
- Tratamiento definitivo de pólipos identificados.
- Evitar cirugía en la mayoría de los casos.

4. Riesgos y posibles complicaciones

La polipectomía tiene mayor riesgo que una colonoscopia diagnóstica simple.

Complicaciones más frecuentes:

- Sangrado leve inmediato.

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

Complicaciones poco frecuentes:

- Sangrado diferido (puede ocurrir horas o días después).
- Dolor abdominal transitorio.

Complicaciones raras pero graves:

- Hemorragia significativa que puede requerir hospitalización, transfusión o nuevo procedimiento endoscópico.
- Perforación del colon, que puede requerir tratamiento endoscópico o cirugía urgente.
- Síndrome postpolipectomía (inflamación local sin perforación).
- Infección.
- Complicaciones relacionadas con la sedación.
- Paro cardiorrespiratorio (extremadamente raro).

El riesgo aumenta en pólipos grandes, múltiples, ubicados en zonas complejas o en pacientes que toman anticoagulantes o antiagregantes.

#### 5. Medicamentos anticoagulantes y antiagregantes

Declaro que he informado al médico si tomo medicamentos como:

- Aspirina.
- Clopidogrel.
- Warfarina.
- Rivaroxabán, Apixabán u otros anticoagulantes.
- Heparinas.

Entiendo que el manejo de estos medicamentos puede modificar el riesgo de sangrado y que debo seguir estrictamente las indicaciones médicas.

#### 6. Preparación intestinal

Entiendo que una preparación intestinal inadecuada puede:

- Dificultar la resección segura del pólipo.
- Aumentar el riesgo de complicaciones.
- Hacer necesario repetir el procedimiento.

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



## CONSENTIMIENTO POLIPECTOMIA DE COLON

### GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

**CÓDIGO**  
R-CEX-030  
**Versión: 01**  
**Vigente Desde**  
2026.03.12

Declaro haber recibido y comprendido las instrucciones de preparación.

#### 7. Imposibilidad técnica o necesidad de procedimientos adicionales

Entiendo que pueden presentarse situaciones que impidan completar la resección del pólipo en su totalidad, tales como:

- Tamaño excesivo.
- Localización compleja.
- Riesgo elevado de complicación.
- Mala preparación intestinal.

En tales casos, el médico podrá suspender la resección por seguridad, completar el procedimiento en otra sesión o recomendar manejo quirúrgico si es médicamente necesario.

#### 8. Alternativas

La alternativa a la polipectomía endoscópica puede ser la resección quirúrgica del segmento intestinal afectado. Sin embargo, la cirugía es más invasiva y con mayores riesgos.

No realizar la resección puede permitir la progresión del pólipo hacia cáncer.

#### 9. Autorización

Autorizo expresamente la realización de la polipectomía endoscópica, así como la aplicación de todas las medidas necesarias para el manejo de eventuales complicaciones durante el procedimiento, incluyendo intervenciones endoscópicas adicionales o remisión a manejo quirúrgico si se considera médicamente indicado.

#### 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.

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



**CONSENTIMIENTO POLIPECTOMIA DE COLON**

**GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA**

**CÓDIGO**  
R-CEX-030  
**Versión: 01**  
**Vigente Desde**  
2026.03.12

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.

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

**REVOCACION 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 POLIPECTOMIA DE COLON****GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA**

**CÓDIGO**  
R-CEX-030  
**Versión: 01**  
**Vigente Desde**  
2026.03.12

**CONTROL DE VERSIONES DEL DOCUMENTO**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>MODIFICACIÓN</b>
01	2026.03.12	Coordinadora de calidad	Primera edición del documento.

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