

RECOMENDACIONES PARA REALIZAR UNA VIDEOCOLONOSCOPIA

Videocolonoscopia a realizar POR LA TARDE
ENTRE LAS 16:00 HS Y 20:00 HS

BAREX PLUS

PREPARACIÓN: REGIMEN DOS DOSIS, UN DIA

CONTENIDO

PAGINA 2 Y 3 **Preparación BAREX PLUS®**

PAGINA 4 y 5 **Consentimiento informado**

PAGINA 7 **Cuestionario de antecedentes clínicos del paciente**



Videocolonoscopia a realizar **POR LA TARDE**

BAREX PLUS®

Su turno es el día _____, ____ / ____ / _____, a las ____ : ____ hs

PREPARACIÓN

IMPORTANTE:

- **DESDE TRES DÍAS ANTES DEL ESTUDIO NO PUEDE INGERIR VEGETALES COMO FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, SEMILLAS, CERALES (EXCEPTO ARROZ) Y NINGÚN TIPO DE LACTEOS**
- **Suspenda la administración de medicamentos orales desde 2 horas antes de comenzar la toma de cada dosis y después de 1 hora de haber terminado la dosificación**
- **No coma ningún alimento sólido durante la preparación y hasta después de haber realizado el procedimiento**
- **Para lograr la limpieza efectiva se requiere la toma del contenido de ambas dosis**
- **Asegúrese de completar la toma de las dos dosis, incluyendo la ingesta de líquidos permitidos, hasta dos horas antes del procedimiento.**

**La ejecución de este estudio depende
fundamentalmente de la limpieza del**

intestino que se logrará siguiendo las indicaciones que se detallan a continuación

EL DÍA DEL ESTUDIO

POR LA MAÑANA A LAS 8 HS DOSIS 1	<ol style="list-style-type: none">1. VACIAR EL CONTENIDO DEL SOBRE ROTULADO DOSIS 1 DENTRO DEL VASO SUMINISTRADO.2. AGREGAR AGUA POTABLE HASTA LA LÍNEA DE LLENADO MARCADA EN EL VASO (480 ML). NO AGREGAR NINGÚN OTRO INGREDIENTE A LA SOLUCIÓN.3. MEZCLAR BIEN CON UNA CUCHARA LIMPIA HASTA LA DISOLUCIÓN COMPLETA DEL POLVO.4. COMPLETAR CON AGUA HASTA ALCANZAR NUEVAMENTE LA LÍNEA DE LLENADO Y MEZCLAR.5. BEBER TODO EL LÍQUIDO DEL VASO DURANTE LOS PRÓXIMOS 30 MINUTOS.6. ASEGURARSE DE BEBER TODO EL CONTENIDO DEL VASO. VOLVER A AGREGAR AL VASO AGUA POTABLE HASTA LA LÍNEA DE LLENADO MARCADA EN EL MISMO (480 ML).7. BEBER TODO EL LÍQUIDO DEL VASO DURANTE LOS PRÓXIMOS 30 MINUTOS.
-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

POR LA MAÑANA A LAS 12:00 DOSIS 2 (SOBRE A Y B)	<ol style="list-style-type: none">1. VACIAR EL CONTENIDO DE LOS SOBRES ROTULADOS DOSIS 2 SOBRE A Y DOSIS 2 SOBRE B, DENTRO DEL VASO SUMINISTRADO.2. AGREGAR AGUA POTABLE HASTA LA LÍNEA DE LLENADO MARCADA EN EL VASO (480 ML). NO AGREGAR NINGÚN OTRO INGREDIENTE A LA SOLUCIÓN.3. MEZCLAR BIEN CON UNA CUCHARA LIMPIA HASTA LA DISOLUCIÓN COMPLETA DEL POLVO.4. COMPLETAR CON AGUA HASTA ALCANZAR NUEVAMENTE LA LÍNEA DE LLENADO Y MEZCLAR.5. BEBER TODO EL LÍQUIDO DEL VASO EN LOS SIGUIENTES 30 MINUTOS. ASEGÚRESE DE BEBER TODO EL CONTENIDO DEL VASO.6. VOLVER A AGREGAR AL VASO AGUA POTABLE HASTA LA LÍNEA DE LLENADO MARCADA EN EL MISMO (480 ML).7. BEBER TODO EL LÍQUIDO DEL VASO EN LOS PRÓXIMOS 30 MINUTOS.8. LUEGO SE DEBEN TOMAR LÍQUIDOS CLAROS* ADICIONALES HASTA DOS (2) HORAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO, O COMO SE LO INDIQUE SU MÉDICO.9. LUEGO NO TOME MÁS LIQUIDOS HASTA DESPUÉS DE HABER TERMINADO EL PROCEDIMIENTO.
-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PUEDA Y DEBE TOMAR LIQUIDOS NO GASIFICADOS, NO LACTEOS, SIN GRASA (Té, mate, café, aguas saborizadas que no sean de color rojo)
TODO LO QUE DESEE hasta 2 horas antes del estudio

- Si TIENE DIAGNÓSTICO DE DIABETES y está medicado con hipoglucemiantes, o tiene DIAGNÓSTICO DE insuficiencia renal o cardíaca, debe consultar previamente a su médico de cabecera.
- Si usted está en tratamiento con **comprimidos de HIERRO** debe suspenderlo UN DIA ANTES DEL ESTUDIO.
- Si está tomando medicación antiagregante o anticoagulante (ver drogas -principios activos – citados a continuación) debe consultar con su médico clínico, cardiólogo o hematólogo que indique por ESCRITO cuando suspenderla y cuando reincorporarla. Y si usted se encuentra apto para realizar estudios diagnósticos y/o terapéuticos.

ANTIAGREGANTES	ANTICOAGULANTES	OTROS ANTIAGREGANTES
ASPIRINA CLOPIDOGREL PRASUGREL	WARFARINA ACENOCUMAROL RIVAROXABAN (XARELTO) DABIGATRAN (PRADAXA) APIXABAN (ELIQUIS)	TICLOPIDINA DIPIRIDAMOL TIROFIBAN EPTIFIBATIDE ABCIXIMAB

- **NO DEBE SUSPENDER OTROS MEDICAMENTOS:** PARA LA TENSIÓN, LA TIROIDES, LA ARTROSIS, ANTICONCEPTIVOS, SEDANTES, ANTIDEPRESIVOS, EL COLESTEROL
- **No podrá** conducir vehículos ni maquinarias y no podrá realizar tareas de responsabilidad ni tomar decisiones importantes luego del estudio por lo que deberá concurrir acompañado.
- Si usted sufre de constipación o tiene colostomía (ano contra natura) o sabe que presenta una anatomía diferente, debe consultar a su médico o a nuestro equipo para adecuar la preparación a su caso.
- Debe tener uñas SIN PINTAR, y en lo posible no traer alhajas.

Consentimiento Informado Videocolonoscopia con o sin polipectomía

Que es la Videocolonoscopia: Es el procedimiento con el cual se estudia el intestino grueso o colon, mediante la introducción de un tubo flexible para su observación directa. Es realizada por un especialista gastroenterólogo. El instrumento que se utiliza es el Videocolonoscopia, que posee una cámara de video y una luz en su punta. El gastroenterólogo guía este tubo a través del intestino grueso gracias a controles especialmente diseñados. Sus imágenes son visualizadas en un monitor de TV que las reproduce de manera clara y detallada. Estas imágenes pueden ser grabadas a través de video o fotos y archivadas para su posterior evaluación de ser necesario.

Para qué sirve la Videocolonoscopia: Es el principal método para la detección temprana de cáncer de colon y la evaluación de pólipos y su tratamiento. Los pólipos son un crecimiento de tejido anormal dentro del intestino que, si bien la mayoría no son cancerosos, algunos pueden crecer y transformarse en malignos. A través del Videocolonoscopia se pueden introducir instrumentos especiales con el objetivo de extraer muestras de tejido para su posterior análisis. Con la técnica llamada Polipectomía se pueden extirpar pólipos con lo cual se evitaría una cirugía.

Otras indicaciones para la realización de una Videocolonoscopia son: Pérdida de sangre, dolor abdominal, cambios en el ritmo evacuatorio o diarrea crónica, anormalidades observadas a través de otros estudios como la tomografía de abdomen, ecografía de abdomen, o colon por enema.

Antes del procedimiento: Es importante hacer conocer a su médico todos los medicamentos que tiene prescritos, las alergias conocidas, los problemas de salud previos, problemas cardiovasculares, pulmonares, renales, etc., que serán declarados completando un formulario que se le entregará en el momento de tomar el turno. Su médico debe saber si usted se encuentra medicado con anticoagulantes o si tuviera algún trastorno conocido de la coagulación de su sangre, y problemas con anestesia previa.

Preparación del intestino: El resultado del estudio depende fundamentalmente de la limpieza del intestino. Es por esto, que se le entregará un instructivo claramente detallado con los pasos a seguir para lograr una limpieza adecuada con el uso de laxantes. Este instructivo debe ser leído cuidadosamente y completar los pasos estrictamente.

Durante la Colonoscopia: Los profesionales que se encuentran en la sala y participan en su estudio son: El gastroenterólogo endoscopista, el anestesiólogo y asistentes entrenadas en endoscopías y enfermeras. Se administrará a través de una vía endovenosa medicación que hará que usted se duerma y por el tiempo que dura el estudio no sienta molestias ni dolor. Esta medicación es administrada por un anestesiólogo. Este tipo de sedación se conoce como sedación profunda o anestesia. El tiempo que demora la colonoscopia varía de acuerdo con los hallazgos, la longitud del colon, la preparación, y las decisiones terapéuticas al momento de su realización, pero en promedio dura 20 min.

Complicaciones Posibles: Aunque la colonoscopia es un método seguro, algunos accidentes pueden ocurrir, incluyendo la perforación o el sangrado, las cuales podrían requerir reparación quirúrgica. Estas complicaciones son muy infrecuentes. También es necesario saber que la colonoscopia no es perfecta aun realizadas por médicos muy entrenados, y algunas lesiones o anormalidades podrían ser pasadas por alto (10%). Las complicaciones están más relacionadas a los procedimientos terapéuticos, así como la polipectomía, por lo tanto, la tasa de complicaciones en procedimientos diagnósticos es muy baja.

Después de la Videocolonoscopia: Usted será llevado a una sala de recuperación hasta que se encuentre en condiciones de alta, tiempo que demora en promedio 15 minutos. Al momento del alta se le entregará el informe junto con un instructivo guía para recordarle el momento de la primera ingesta, la actividad que puede desarrollar y el inicio de la toma de su medicación habitual. Luego de la Videocolonoscopia usted puede presentar sensación de distensión, exceso de gases y dolor tipo cólico que pueden persistir al menos 24 hs. Después del estudio no podrá manejar, trabajar o tomar tareas de responsabilidad. Una vez recuperado debe retornar a su hogar y permanecer en reposo lo que resta del día. Es necesario que siempre una persona responsable lo acompañe. Al día siguiente del procedimiento un miembro del equipo podría comunicarse con usted telefónicamente. evacuar algunas dudas y evaluar

su estado. Debería fijar un turno de consulta con su médico de cabecera para establecer conductas y guías en base a los resultados del estudio como así también de los resultados anatomopatológicos, si los hubiere.

Alternativas a la Videocolonoscopia: Otros métodos pueden explorar el intestino grueso. El colon por enema y la colonoscopia virtual son estudios radiológicos basados en rayos x, necesitan limpieza colónica previa y no requieren el uso de sedación. La tasa de detección de lesiones es menor y no ofrecen la posibilidad terapéutica, como por ejemplo la extracción de pólipos o la toma de biopsia, obligando a la realización de una colonoscopia en caso de resultados patológicos o de dudas diagnósticas.

Yo, _____, DNI _____

autorizo a Dr/a _____ que se me realice una Videocolonoscopia con una eventual polipectomía.

El Dr. _____ me ha entregado la información escrita que figura al dorso y que explica la naturaleza y propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente.

En la información escrita que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento. Me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han explicado por escrito, que, durante el transcurso del procedimiento diagnóstico o terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr. _____, sus colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud. Incluso permito, si fuera necesario, administrarme anestesia, que será efectuada por un médico anestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico, pudiéndose realizar interconsultas con algunos otros profesionales que el médico actuante considere necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el Dr. _____ al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan.

Asimismo, dejo asentado que se me ha informado que pueden presentarse falsos negativos, en un 10% aproximadamente (cifra aceptada internacionalmente), por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

	/ /		/ /
Firma paciente, persona responsable o tutor	Fecha	Firma Médico Tratante	Fecha
Aclaración	DNI	Aclaración	DNI

Cuestionario de Antecedentes Médicos del Paciente

NOMBRE Y APELLIDO			EDAD años	
FECHA DE NACIMIENTO / /	DNI	PESO kg	ALTURA mts	
DOMICILIO		CP	TEL ()	
OBRA SOCIAL		N° DE AFILIADO		
e-mail:				
ESTUDIO QUE REALIZAR		MEDICO SOLICITANTE		

1. Lea atentamente el siguiente cuestionario y responda según su mejor conocimiento
2. Cualquier duda comuníquese al **teléfono 0351 4858585 interno 757** o su médico de cabecera

MOTIVO DEL ESTUDIO			
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Enfermedad cardiovascular. ¿Cual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Enfermedad pulmonar. ¿Cual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
¿Enfermedad Hepática (Hepatitis) Cual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Enfermedad renal, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Epilepsia. Desmayos. Lipotimia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Problemas de sangrado o formación de hematomas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Gastritis, ulcera gastroduodenal, acidez	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Consume a alcohol. N.º de vasos por día	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Enfermedades infecciosas actuales (HIV, Sífilis, otras)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Cirugías previas			
Tuvo problemas con anestesia en dichas cirugías	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
En su familia hay antecedentes de pólipos de colon o cáncer de colon ¿Quiénes?			
En su familia hay antecedentes de cáncer gástrico ¿Quiénes?			
¿En su familia hay antecedentes de cáncer en otros órganos? ¿Quiénes?			
Medicación anticoagulante	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Consumo de aspirina y antiinflamatorios	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Medicación habitual			
Alergia a medicamentos			
PACIENTES DE SEXO FEMENINO			
¿Toma hormonas o anticonceptivos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
¿Puede estar embarazada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
¿Esta menstruando actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe

	/ /		/ /
Firma paciente, persona responsable o tutor	Fecha	Firma Médico Tratante	Fecha
Aclaración	DNI	Aclaración	DNI