

VIDEOCOLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA / TERAPÉUTICA

- ① Preparación
- ② Consentimiento
- ③ ¿Qué es la videocolonoscopia diagnóstica / terapéutica?





SIN estos requisitos no se podrá efectuar el estudio:

1. Como el procedimiento se realiza con anestesia, deberás asistir acompañado por un adulto responsable, con la capacidad y confianza suficiente para ser acompañado al salir de la anestesia.
2. No podrás conducir vehículos durante las 12 horas posteriores a la realización del examen, ni firmar documentos importantes.
3. Deberás traer la orden física o digital y consultar en su obra social o prepaga si es necesario autorizar la orden de la práctica a realizar. Deberás traer la credencial física o digital de tu obra social o prepaga.
4. No olvides traer estudios anteriores, si los tuvieras.
5. Recordá leer cuidadosamente las instrucciones, y tomarte el tiempo necesario para consultar si surgieran dudas. La preparación exige tu responsabilidad.

LEER CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES

Para esta preparación, necesitará: BAREX PLUS.

Preparación:

Esta preparación está diseñada para lograr una adecuada limpieza del colon. Para realizarla, se requiere de su indispensable colaboración. La persistencia de restos fecales en el colon, impide que el médico endoscopista pueda explorar adecuadamente el intestino. En algunos casos, puede ser necesario repetir el estudio por esta causa.

3 DÍAS PREVIOS AL ESTUDIO

- **Si estás constipado** (4 o menos deposiciones por semana) es posible que esta preparación no sea suficiente, para lo cual deberás agregar la toma de Barex Unipeg, un sobre por día, a la mañana, los tres días previos al estudio.
- **Deberás SUPRIMIR:** frutas, verduras crudas, semillas, todo tipo de cereales y lácteos.
- Recordá SUSPENDER: Suplementos de hierro por boca.
- **Podrás CONSUMIR:** verduras bien cocidas; carnes rojas o blancas; arroz blanco, no integral, y/o fideos; huevos cocidos; leche de almendra; un plato chico polenta; manzana cruda o cocida SIN cáscara; zapallo o zanahoria bien cocidas. Beber abundantes líquidos muy claros y NO gasificados.



EL DÍA PREVIO AL ESTUDIO

- **21:00 Cena:** cantidades habituales de carnes rojas o blancas, al horno o a la plancha, con arroz o fideos. Postre: gelatina y/o helados de agua (que no sean de color rojo ni otro color intenso), se recomiendan de ananá o limón.
- Ésta es la última comida sólida antes del examen.
- **07:00 Desayuno:** Té o café, con azúcar o edulcorante, a voluntad.
- **08:00:** Tomar 2 comprimidos de **Bigetric**. Vaciar el sobre rotulado "DOSIS 1" en el vaso suministrado. Agregar agua potable hasta la línea de llenado (480 ml.) y revolver hasta que quede bien disuelto. Beber todo el contenido en 30 minutos. Luego llenar nuevamente el vaso solamente con agua potable hasta la línea de llenado y tomarlo en los siguientes 30 minutos.
- **11:00** Tomar 2 comprimidos de **Bigetric**. Vaciar los sobres rotulados "DOSIS 2A" y "DOSIS 2B" en el vaso suministrado. Agregar agua potable hasta la línea de llenado (480 ml.) y revolver hasta que quede bien disuelto. Beber todo el contenido en 30 minutos. Luego, llenar nuevamente el vaso solamente con agua potable hasta la línea de llenado y tomarlo en los siguientes 30 minutos.

Deberás tomar líquidos muy claros NO gasificados en abundante cantidad: agua, té, caldo colado o jugos sin pulpa, aguas saborizadas o Gatorade únicamente de manzana. No mate, no café

Si presentás náuseas o vómitos durante la preparación, interrumpirla. Tomar un comprimido de **Bigetric** con agua. Aguardar 30 minutos y continuar con la preparación según lo estipulado previamente.

Ayuno total de sólidos y líquidos incluido el agua a partir de las 13:00 horas. Tampoco puede ingerir chicles ni caramelos.

INSTRUCCIONES ADICIONALES:

Si estás anticoagulado o tomás algún antiagregante plaquetario deberás traer, **por escrito**, la indicación de tu médico clínico, hematólogo o cardiólogo en donde explique si estás apto para realizar este estudio, y la conducta a seguir de cómo suspender y reanudar la toma de la medicación. Este requisito **es indispensable**.

Deben suspenderse:



- Anticoagulantes: Warfarina, acenocumarol, rivaroxaban, dabigatrán, similares
- Si sos diabético y estás medicado con hipoglucemiantes, insulina o tenés insuficiencia renal o cardíaca, deberás consultar previamente a tu médico de cabecera y traer sus indicaciones por escrito.

Ciertos medicamentos, también usados para la obesidad y/o diabetes, retrasan notablemente el tránsito gastrointestinal y aumentan por sí solos, el riesgo durante la anestesia. Deberás consultar con tu médico tratante para la suspensión previa al estudio. **Si tomás estos medicamentos Semaglutide (Ozempic ®), Liraglutide (Saxenda ®), Dilaglutide (Trulicity ®), Tirzepatide (Mounjaro ®) y otros similares.**

Conducta a seguir: las aplicaciones semanales deben suspenderse una semana antes o más del día del estudio. Las de formas orales deben suspenderse tres días antes del estudio.

- Si bien estar embarazada no es un impedimento, si lo estás o creés estarlo, deberás traer una autorización de tu obstetra.

No olvides que deberás completar una declaración jurada de salud ("Cuestionario Pre Quirúrgico para el Paciente") y firmar un consentimiento informado previo a la realización del estudio, y traerlas junto con las indicaciones por escrito de tu médico en caso que corresponda.

Es imprescindible entender el idioma. Caso contrario, deberás pedir a un familiar que realice la traducción, esta es responsabilidad del paciente. En ese caso deberá firmarlo también su traductor. You have to understand the instructions, the informed consent and your health affidavit (patient questionnaire). Your translator must sign these documents.

Por favor, tener muy en cuenta que puede haber demora en brindarte nuestros servicios, la misma corresponderá a la naturaleza del acto médico que realizamos (en ocasiones imprevistos) y a los esfuerzos que hacemos para brindar la mejor calidad de atención posible a cada uno de nuestros pacientes.

Muchas gracias.



CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____ Fecha: ____/____/____

E-mail: _____ Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

D.N.I.: _____ Cobertura de Salud: _____

Domicilio: _____ N° de Afiliado: _____

C.P.: _____ Estudio a Efectuar: _____

Tel: _____ Médico que lo deriva: _____

Cobertura de Salud: _____

¿Cómo se afilió a su cobertura médica?: En forma particular ☐ Me la brinda mi trabajo ☐

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido presión arterial alta?	☐	☐	☐
¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál?:	☐	☐	☐
¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál?:	☐	☐	☐
¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo?:	☐	☐	☐
¿Padece diabetes?	☐	☐	☐
¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo?:	☐	☐	☐
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál?:	☐	☐	☐
¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál?:	☐	☐	☐
¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos:	☐	☐	☐
¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente?	☐	☐	☐
¿Sufre de úlceras, gastritis o acidez?	☐	☐	☐
¿Ha recibido transfusiones?	☐	☐	☐
¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿Cuál?:	☐	☐	☐
¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida?:			
Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial:			
¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones?	☐	☐	☐



CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

	SI	NO	NO SABE							
¿Por qué le piden el estudio?	☐	☐	☐							
¿Tiene antecedentes de familiares con pólipos o tumor de colon? ¿Quién? ¿A qué edad?:	☐	☐	☐							
¿Qué medicamentos o drogas toma en forma habitual?										
¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios?	☐	☐	☐							
¿Está tomando anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios?										
¿Sufre de otras enfermedades? ¿Cuáles?:	☐	☐	☐							
Califique el grado de ansiedad por el procedimiento, de 1 a 10:	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○	8 ○	9 ○	10 ○
¿Toma estrógenos?	☐	☐	☐							
	☐	☐	☐							

Firma y aclaración del
PACIENTE - DNI

(*) Firma y aclaración del
REPRESENTANTE LEGAL - DNI

(*) En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el cuestionario será firmado por el pariente mas cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que unos de los padres firme también.



Yo (Nombre y Apellido) _____,
DNI: _____ declaro en forma libre y voluntaria que he sido
ampliamente informado por el Dr./a.: _____
sobre la Videocolonoscopia Diagnóstica / Terapéutica.

Que es un procedimiento endoscópico que permite examinar el colon con el
objetivo de detectar alteraciones de la mucosa. Se utiliza un tubo delgado y flexible,
llamado colonoscopio, que posee una lente propia y cámara de televisión integrada
a un circuito computarizado digital. El mismo es introducido por el ano para la
visualización de la mucosa colónica y la toma de fotografías correspondientes a los
hallazgos o biopsias y eventuales maniobras de tratamiento.

Se me ha entregado información escrita (folleto) que explica la naturaleza, el
propósito, sus beneficios, los riesgos y otras alternativas del procedimiento, en
términos que yo he comprendido adecuadamente. Se me ha dado tiempo
suficiente para leer la información y se me han brindado las respuestas a todas las
preguntas que he formulado.

También me fue informado que ciertos medicamentos, entre otros los usados para
obesidad y/o diabetes, retrasan notablemente el tránsito gastrointestinal y
aumentan por sí solos, el riesgo durante la anestesia. He consultado con mi médico
tratante para la suspensión previa al estudio. Semaglutide (Ozempic ®), Liraglutide
(Saxenda ®), Dilaglutide (Trulicity ®), Tirzepatide (Mounjaro ®) y otros similares.

Me han comunicado que, entre las posibilidades de efectos adversos y/o secuelas, se
encuentran las siguientes: sangrado del sitio de la biopsia o del lugar de donde se
extrajo un pólipo; generalmente, esto es mínimo y no tiene consecuencias, mientras
que la perforación o laceración intestinal pudiera requerir cirugía reparadora.
Asimismo, tengo presente que podrían aparecer algunos signos de alarma tales
como: fiebre, escalofríos y dolor abdominal.

Se me han explicado los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y
perjuicios, en relación con el procedimiento propuesto. Dichas alternativas son:
Colon por Enema y Colonografía Virtual por Tomografía Computada. Ambos
exámenes se realizan sin anestesia y, por ser estudios diagnósticos, no brindan la
posibilidad de efectuar maniobras terapéuticas simultáneas.

Por último, he sido informado/a acerca de las consecuencias, ciertas o previsibles, de
la NO realización del procedimiento propuesto o de sus alternativas -arriba
mencionadas- que sería quitarme la posibilidad de prevenir una posible enfermedad
colónica dejándola librada a su natural evolución.

Autorizo, además, al Dr./a.: _____ a
efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio
estime conveniente en toda situación de emergencia que no permita solicitar un
nuevo consentimiento, incluyendo la administración de todos los medicamentos
necesarios y de anestesia y de transfusión de sangre.



Asimismo, autorizo que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anesthesiologo, para hacerlo más confortable para mi organismo durante el acto médico.

El profesional actuante puede, en todo momento y por razones fundadas, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse interconsultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que sean utilizados en beneficio de la comunidad, y/o 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, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos.

Asimismo, se me ha informado y he comprendido que en un 5% de los casos, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar, por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

Autorizo al Dr./a.: _____ a contactarme en la eventualidad que exista algún estudio clínico que pueda resultar beneficioso para el control y/o tratamiento de la enfermedad que padezco, en el entendimiento que en dicho caso deberé, si así lo deseara, suscribir un consentimiento específico para el estudio en que se me ofrezca participar voluntariamente.

Del mismo modo autorizo al Dr./a.: _____ a la toma de muestras durante el procedimiento para realizar estudios, especializados de patología comprendiendo que son necesarios para establecer un diagnóstico a partir del estudio de dichas muestras; a su vez me comprometo a contactarme con el laboratorio de patología para retirar el resultado de los estudios y entregárselos personalmente a mi médico tratante.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones 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 señalados precedentemente.

En el momento en que suscribo el presente, dejo constancia de que puedo solicitar una copia de este consentimiento como así también de la información por escrito del procedimiento endoscópico al que voluntariamente me someto.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

VIDEOCOLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA / TERAPÉUTICA

VCC

Asimismo, doy mi conformidad para el envío de informes y recepción de resultados por e-mail a la casilla_____@_____.

**Dicha casilla de correo es personal y administrada exclusivamente por mí.
Acepto el envío de los informes al médico solicitante.
Dr./Dra: _____.**

Buenos Aires, _____ de _____ de 20 _____.

FIRMA y aclaración del
MÉDICO RESPONSABLE
SELLO

FIRMA y aclaración del
PACIENTE
DNI N°

(*) FIRMA y aclaración del RESPONSABLE
DNI N°
GRADO DE PARENTESCO

(*) En caso que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por el pariente más cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que uno de los padres firme también.

¿Qué son los pólipos y por qué se extraen?

Son crecimientos anormales de la mucosa del colon que varían en tamaño, desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros. Los pólipos extraídos, total o parcialmente, se envían al laboratorio para que el patólogo los analice. La extirpación de pólipos del colon es la estrategia más eficiente para la prevención del cáncer de colon.

¿Cómo se extraen los pólipos?

Los pequeños pueden destruirse totalmente por medio de electrofulguración y los más grandes se extraen con una técnica llamada polipectomía. El médico introduce un ansa a través del colonoscopio y corta la unión del pólipo con la pared intestinal, sin sentir dolor durante el procedimiento.

¿Qué ocurre después de la Colonoscopia?

Luego de realizado el procedimiento, el paciente aguarda en la sala de recuperación ambulatoria, hasta que se encuentre en condiciones de deambular por sus propios medios.

Antes de retirarse, se le entrega un formulario con las instrucciones de alta, pautas de seguimiento y un teléfono para contactarse con nosotros.

¿Cuáles son los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles?

Los riesgos más importantes son: el sangrado tras la extracción de pólipos que puede presentarse en forma inmediata o diferida (hasta 14 días) que suele autolimitarse o resolverse por técnicas endoscópicas. La perforación de la pared intestinal es muy infrecuente y requiere una consulta inmediata para confirmar el diagnóstico, que en este caso será de resolución quirúrgica. Otras complicaciones son: fiebre, escalofríos y/o dolor abdominal.

En todos los casos se debe consultar al teléfono de contacto provisto en la hoja con las instrucciones de alta.

LA ANESTESIA

ESA PRÁCTICA MÉDICA DESCONOCIDA

Para la gran mayoría de las personas, visitar al médico es un motivo de preocupación; una de esas experiencias que casi todos preferimos evitar, aunque sólo se trate de una rutina. El temor a que el resultado de los exámenes no sea satisfactorio, está siempre latente.

El miedo suele comenzar, e incrementarse notablemente, cuando llega el momento de recibir anestesia. Si bien las causas del temor son varias, sin duda, una de las principales es el desconocimiento sobre qué es la anestesia.

Un factor que contribuye a ello es la difusión mediática de los infrecuentes casos en que la administración de la misma tuvo consecuencias adversas, porque quienes dan a conocer estos datos, rara vez toman en cuenta las miles y miles de anestias realizadas por año en el país, cuyos resultados son exitosos.

En la década del 60, la posibilidad de tener un problema serio durante la anestesia, era de 1 caso cada 10.000. Hoy, ese riesgo ha disminuido notablemente a 1 cada 200.000. Veinte veces menos. Esto es porque, en los últimos años, se ha avanzado mucho sobre la seguridad en la especialidad.

En la actualidad, por ejemplo, la probabilidad de sufrir un accidente de tránsito es muchísimo mayor que la de padecer algún inconveniente durante el acto anestésico.

NUESTRA TÉCNICA DE ANESTESIA

Al paciente se le provee un cuestionario, que deben completar a fin de evaluar su estado de salud, un consentimiento informado y este folleto, que explica las características del estudio y la preparación que debe realizar.

Para los estudios y procedimientos terapéuticos que realizamos en Gedyt, el paciente recibe una técnica denominada sedación/analgesia profunda, cuyos estadios son considerados como una transición continua hacia la anestesia. Esto le permite dormir placenteramente durante el tiempo que dura el procedimiento endoscópico, despertando inmediatamente después de finalizado.

Nuestros médicos especialistas en anestesiología, altamente capacitados y entrenados en la práctica gastroenterológica, con equipamiento de avanzada tecnología, como el que actualmente existe en Gedyt, se ocupan del cuidado anestésico monitoreando las variables fisiológicas del paciente durante los estudios, para hacerlos totalmente seguros y confortables.

La técnica de sedación/analgesia profunda que utilizamos en nuestros procedimientos permite una rápida recuperación y deambulación sin efectos colaterales significativos, aunque siempre exigimos venir acompañado.

Al finalizar, el paciente recibe el resultado del procedimiento y un instructivo sobre las condiciones de alta institucional para el resto del día, con el objeto de facilitar nuestro control posterior.

De esta forma, en Gedyt, los médicos anestesiólogos y endoscopistas trabajamos en un experimentado equipo para realizar estudios endoscópicos ambulatorios efectivos, confortables y seguros para nuestros pacientes.