



INFORMACIÓN SOBRE LA PREPARACIÓN PARA LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

POR FAVOR LEA CON ATENCIÓN ESTE INSTRUCTIVO.

Usted tiene coordinado una **RECTOSIGMOIDOSCOPIA**, el cual es un **procedimiento diagnóstico y eventualmente terapéutico**.

Fecha y hora: verificar que la FECHA SEA CORRECTA. **Por dudas o cancelaciones puede hacerlo hasta 72 horas hábiles antes de la fecha del procedimiento por tel. al: 1920-1414.**

Lugar: El servicio de endoscopia se encuentra en el Edificio Magurno (edificio nuevo) entrando por la calle Palmar frente a la farmacia de la Institución. A una cuadra se encuentra el parking de la ASESP.

Si debe cancelar su cita puede hacerlo hasta 72 horas hábiles previo a la rectosigmoidoscopia, llamando al: 1920-1414.

EL DÍA de la rectosigmoidoscopia debe concurrir acompañado por un adulto responsable (quien deberá acompañarlo de regreso a su hogar) de lo contrario no podrá realizarse la rectosigmoidoscopia. **Lleve con usted:**

- Listado de medicamentos que esté recibiendo
- Estudios (electrocardiograma, etc.) y endoscopias previas
- Si utiliza CPAP o similar llévelo con usted el día del procedimiento.

Al llegar por favor anunciarse en el tótem electrónico localizado al lado de la ventanilla. Tenga en cuenta que el horario es estimado y depende del avance de la coordinación. Dejar sus objetos personales y teléfono con su acompañante.

Después del procedimiento

- La mayoría de las personas necesitan descansar en su hogar por el resto del día.
- El día del procedimiento no puede manejar automóviles o maquinarias ni tomar decisiones importantes. Evite tomar alcohol.
- Puede volver a consumir su dieta habitual en forma progresiva.
- El tránsito intestinal se irá normalizando con el correr de los días.

Puntos para tener en cuenta:

- Siga tomando su medicación habitual (evite su toma dentro del horario del ayuno).
- Si toma hierro, suplementos vitamínicos o aceite de pescado suspéndalo 10 días antes de la endoscopia.

- Si recibe anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios debe realizar consulta previa con el médico que lo prescribió y tener indicaciones claras de suspensión y reanudación del tratamiento, así como de poder realizarse la rectosigmoidoscopia.
- Si tiene prótesis valvular en el corazón consulte con su cardiólogo si corresponde tomar antibióticos previo a la rectosigmoidoscopia.
- Si presenta obesidad severa, o problemas respiratorios o cardiológicos importantes, consulte con su especialista antes de coordinar la rectosigmoidoscopia.
- Si es diabético o presenta insuficiencia renal o cardíaca consultar con su médico.
- Si toma medicación para la diabetes (salvo otra indicación) se recomienda suspenderla a partir de la última comida sólida previa a la limpieza intestinal y hasta después de realizada la rectosigmoidoscopia.
- Si recibe medicamentos para la obesidad Ozempic, etc se recomienda SUSPENDER estos medicamentos 7 días antes y mantener el día antes del procedimiento sólo dieta líquida o lo que su médico tratante indique.
- Si está embarazada o cree estarlo comuníquelo al médico solicitante y a quienes estarán a cargo del procedimiento endoscópico.

ANESTESIA Si está indicado un médico anestesista le administrará anestesia. Recuerde que luego del procedimiento no podrá manejar ni tomar decisiones mayores. Tampoco podrá tomar bebidas alcohólicas por el resto del día.

Si en las 48 horas previas presentara fiebre, catarro o cuadro gripal no está apto para realizarse el procedimiento, llame al 1920-1414 para cancelar su cita.

ATENCION!

USTED PUEDE RECIBIR LA INDICACION DE PREPARARSE CON ENEMAS O POR VIA ORAL CON PREPARADO (LAXANTE).

SI LE INDICARON LA PREPARACION CON ENEMAS

LOS ENEMAS LOS RECETA SU MEDICO TRATANTE

- **8 HORAS DE AYUNO**
- **1 ENEMA 6 HORAS ANTES**
- **1 ENEMA 3 HORAS ANTES**

SI LE INDICARON LA PREPARACION CON LIQUIDO LAXANTE

Por favor, cumpla con todas las indicaciones para la preparación de la rectosigmoidoscopia. Si tiene alguna duda consulte con su médico o por coordinación llame al 1920-6500.

Las siguientes instrucciones le informan qué pasos debe seguir para limpiar el intestino de forma que el médico pueda ver adecuadamente. Si el intestino no está limpio puede tener que reprogramarse el procedimiento.

Independientemente de lo que coma, debe realizar la preparación tal como está indicada. Si presenta diarrea igualmente debe realizar la preparación.

Si presenta estreñimiento (3 o menos deposiciones por semana) se aconseja el uso de Polietilenglicol sobres (Barex, unipeg, Polilax o similares). Tomar un sobre (17g) disuelto en un vaso de agua durante la mañana de los 3 días previos a la rectosigmoidoscopia.

ASEGÚRESE QUE LE HAYAN PROPORCIONADO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS:

**4 comprimidos de BISACODILO (Dulcolax, etc.)
2 frascos POLIETILENGLICOL (Barex®)
2 comprimidos de SIMETICONA 200 mg (Meteofar, Silan, Factor AG, etc.).**

TRES (3) DÍAS PREVIOS A LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

- **Tomar abundantes líquidos (2 a 3 litros diarios)**
- **Evite los alimentos que contengan fibras (frutas/verduras crudas, frutos secos, semillas, harina integral, cereales)**

ALIMENTOS PERMITIDOS: Leche descremada, pan blanco y galletas (no integrales ni de avena); arroz y pastas no integrales, caldos colados, jamón, huevos, carne magra, pescado blanco, duraznos o peras en almíbar, manzana o pera cocida o asada (sin piel), mate, café o té. Bebidas saborizadas sin gas ni azúcar. Gelatinas o helados de agua (que no sean de color rojo). MANTÉNGASE hidratado con líquidos claros. Un líquido claro es cualquier líquido transparente. No beba líquidos de color rojo, morado o naranja. ejemplos: agua, té, caldo claro sin ningún tipo de verduras ni carne, gaseosas light (sin azúcar) ej: salus frutte cero manzana.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS: Leche o yogur entero, quesos grasos, productos integrales, frutas (mandarina, naranja, frutilla, kiwi, ananá, melón, banana), verduras hortalizas (hojas verdes, apio, nabo, berenjenas, papa, boniato, brócoli, etc.), legumbres (porotos, garbanzos, lentejas, arvejas, choclo), carnes grasas, embutidos, chocolate, frutos secos, pan integral, bizcochos, alcohol, bebidas cola.

UN (1) DIA ANTES DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

----- (A) DIETA -----

Desayuno: Puede desayunar los alimentos mencionados como permitidos.

Almuerzo: Pollo o carne en pequeñas porciones, con arroz o fideos. Luego del almuerzo debe comenzar con la dieta líquida y ya no podrá ingerir más alimentos sólidos hasta después de la rectosigmoidoscopia.

Cena: Sopa o caldo de verdura colado (si no es hipertenso puede tomar sopa hecha con cubitos de verdura). Caldo de huesos. Jugos colados, té, refrescos claros sin azúcar. Bebidas saborizadas sin azúcar. Cualquier sabor está bien, pero evitar los colores rojo, morado o naranja. No tomar bebidas deportivas con azúcar (gatorade, etc) a partir de este momento. Helados de agua sin trozos de frutas que no sean rojos, morados o naranja. Gelatina (no consumir gelatinas rojas). Puede utilizar edulcorantes.

A partir de este momento no ingerir lácteos, café, mate o bebidas con gas (SI SU RECTOSIGMOIDOSCOPIA ES DESPUES DE LAS 13.00 del mediodía puede desayunar te o café sin leche ni azúcar).

----- (B) TOMA DEL PREPARADO LAXANTE -----

- 4 comprimidos de BISACODILO (Dulcolax, etc),
- 2 frascos POLIETILENGLICOL (Barex)
- 2 comprimidos de SIMETICONA 200 mg (Meteofar, Silan, Factor AG, etc).

>> Para preparar el Polietilenglicol (Barex) diluya cada pote en 1 litro de agua, de acuerdo con las instrucciones del envase. Guarde cada litro en la heladera. Para mejorar el sabor puede anexar 2 sobres de refresco en polvo sin azúcar, de color claro (jugo Clight, etc.) o tomar un sorbo de este jugo en forma intercalada. Tome el preparado bien frío y en sorbos rápidos.

TOME LA PREPARACIÓN SEGÚN LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

EL DIA ANTES DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

Hora 19:00: Tomar 4 comprimidos juntos de **BISACODILO** con un vaso de agua, sin masticarlos.

Hora 22:00: **TOME EL PRIMER LITRO DE BAREX** Junto al primer vaso tome un comprimido de **SIMETICONA** 200 mg (Meteofar, Silan, etc.). Tomar 1 litro de BAREX en un plazo máximo de 1 hora. 1 vaso cada 15 minutos aproximadamente. Es aconsejable tomar después uno o dos vasos de agua.

EL MISMO DIA DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

5 HORAS ANTES DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA INGIERA EL SEGUNDO LITRO DE BAREX junto al otro comprimido de **SIMETICONA** 200 mg de la misma forma que tomó el primer litro. A modo de ejemplo, si su endoscopia es a las 8.00 AM la toma es las 3 AM, si fuese a las 16.00 sería a las 11.00 AM, etc.

Luego de finalizar la preparación debe mantener AYUNO TOTAL DE 4 HORAS. No podrá comer ni tomar nada hasta luego de la rectosigmoidoscopia.

Durante el ayuno NO se puede fumar ni masticar chicle.

- De presentar náuseas y/o vómitos tome un comprimido por vía sublingual de metoclopramida (Primperan, Revalidan, etc.).
- Si presenta mala tolerancia, beba sorbos pequeños y pruebe beberlo con una pajilla.
- Si le molesta el sabor, pruebe con goma de mascar o chupar caramelos.
- Use toallitas húmedas para bebés o vaselina si experimenta irritación por defecar.

Atención: La preparación produce una diarrea significativa con el objetivo de limpiar el colon y que este sea visible durante la exploración. Usted puede sentirse débil durante la preparación. Manténgase hidratado (respetando el horario de ayuno) y acompañado.

-----¿CÓMO SABER SI ESTA BIEN PREPARADO? -----

A medida que vaya realizando la preparación verá aclarar el color de la materia fecal hasta llegar a un líquido claro, lo cual indica la correcta preparación. A modo ilustrativo: si la materia es oscura y turbia, marrón y turbia o naranja oscuro y semitransparente entonces aún **NO ESTÁ PREPARADO!** Si es naranja claro y casi transparente está casi preparado. Y si esta amarillo y transparente casi como la orina ahora si está bien preparado y listo para concurrir.

Somos conscientes de lo molesto de esta preparación, pero la misma es imprescindible para la realización de la rectosigmoidoscopia. Estamos seguros de que usted podrá llevarla a cabo y concurrir bien preparado. **Gracias por entender y por seguir estas instrucciones.**



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE SOCORROS MUTUOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO **RECTOSIGMOIDOSCOPIA**

INFORMACIÓN GENERAL

La rectosigmoidoscopia, es un procedimiento que permite el examen visual de la mucosa del recto y colon distal (sigmoides), eventualmente puede explorarse segmentos más proximales.

Este procedimiento permite diagnosticar diferentes lesiones, ya sean estas benignas o malignas, así como tomar pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su análisis. Del mismo modo, pueden realizarse diferentes tratamientos, resección de pólipos, tratamiento de zonas sangrantes, etc.

El tipo de anestesia, de ser esta necesaria, será la indicada por el anesthesiólogo. Es necesario que usted advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos así como la medicación que esté recibiendo.

¿EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO?

Se utiliza un tubo delgado y flexible, que posee una lente y una cámara integrada a un circuito computarizado digital. El mismo es introducido por el ano para la visualización de la mucosa a medida que el médico endoscopista va avanzando el mismo.

Para tener una correcta visión es indispensable una limpieza de los segmentos a observar, utilizándose para ello la preparación que le fue indicada. Esto implica preparación vía oral y/o mediante enemas, de acuerdo a las instrucciones que se le den a tal fin que pueden implicar una dieta dirigida.

Durante la exploración, se pueden obtener biopsias para ser estudiadas posteriormente por el médico anatómico patólogo. Del mismo modo, y de acuerdo a los hallazgos, existe la posibilidad de efectuar actos terapéuticos, en particular polipeptomías, que consiste en la extracción por vía endoscópica de pólipos del colon, siempre que el tamaño y morfología lo permitan.

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.

Como toda técnica puede no detectar lesiones existentes ya sea por deficiente preparación y/o ubicación en áreas que quedan por fuera de la visualización durante el procedimiento.

La exploración durará entre 10 y 15 aproximadamente, dependiendo de factores vinculados al procedimiento y al paciente.

Después del procedimiento se pueden presentar cólicos abdominales o sensación de somnolencia producto de la anestesia.

Luego de la anestesia, no podrá conducir ni tomar decisiones importantes por 24 horas.

Al egreso se entregarán las indicaciones post procedimiento. Si corresponde, es aconsejable ingerir líquidos para reemplazar los perdidos a causa de los laxantes.

CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

La no realización del procedimiento propuesto puede eliminar la posibilidad de prevenir una posible enfermedad del recto y/o sigmoides dejándola librada a su evolución natural.

RIESGOS DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, hemorragia (puede ser necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados), perforación o laceración intestinal, neumomediastino, infección, aspiración, hipotensión, dolor, náuseas y vómitos, o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo) y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

En caso de complicaciones, el médico actuante adoptará las medidas terapéuticas que considere pertinentes utilizando todos los medios técnicos y personal médico de esta Institución.

¿QUÉ ALTERNATIVAS HAY?

Existen estudios alternativos como el Colon por Enema, la cápsula endoscópica o la Rectosigmoidoscopia Virtual por Tomografía Computada. Éstos exámenes se realizan sin anestesia y, por ser estudios diagnósticos, no brindan la posibilidad de efectuar biopsias ni maniobras terapéuticas simultáneas.

INFORMACIÓN Y RIESGOS PERSONALIZADOS

SI DESPUÉS DE LEER DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO DESEA MÁS INFORMACIÓN, POR FAVOR, NO DUDE EN PREGUNTAR AL ESPECIALISTA RESPONSABLE, QUE LE RESPONDERÁ CON MUCHO GUSTO.

CONSENTIMIENTO

Habiendo recibido voluntariamente, información adecuada, suficiente y clara, quien(es) suscribe(n), en la calidad que junto a sus datos personales se expresa y sabiendo que se puede revocar el consentimiento en cualquier momento y sin expresión de causa,

acepta le sea practicada una rectosigmoidoscopia, a la persona individualizada como socio al pie del presente, indicada por el médico tratante con las características precedentemente explicitadas en este instrumento, del cual ha(n) recibido un ejemplar, que ha sido leído y entendido en su totalidad; y, a su respecto, declara(n) que:

1) la información que luce en el presente documento es solo una parte de la extensa y suficiente información recibida de parte del médico tratante en todo lo relacionado con el acto médico a practicarse.

2) acepta(n) la duración de la internación y las condiciones que el alta médica supone en cada caso;

3) ha(n) tenido la oportunidad de negarse a recibir la atención médica y a que se explicaran las consecuencias de esta negativa;

4) en definitiva, ha(n) recibido toda la información necesaria para formar su juicio en la aceptación del referido acto y ha(n) comprendido, luego de haber tenido la oportunidad de aclarar las dudas, incluyendo beneficios y riesgos, todas las instancias que se vinculan al mismo.

Y, para que así conste, en señal de ratificación de lo antes expresado se firma el presente en Montevideo a los _____ días del mes de _____ de 20____

MEDICO TRATANTE

NOMBRE _____

El firmante deja constancia; que el paciente si/ no se encuentra capacitado para recibir la información, comprenderla y dar su consentimiento al procedimiento propuesto.

FIRMA _____

SOCIO

NOMBRE _____

C.I _____

DOMICILIO _____

TELEFONOS _____

FIRMA _____

NIÑO O PACIENTE IMPOSIBILITADO DE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO

Niños: El firmante deja constancia que si bien se ha proporcionado en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades, información al paciente (niño), el mismo no se encuentra capacitado para valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento. Imposibilitados: El firmante deja constancia que el paciente se encuentra imposibilitado de recibir la información, valorarla adecuadamente y adoptar decisión, por lo cual le ha sido dada al tercero que lo representa y se identifica al pie del presente instrumento.

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____

DOMICILIO _____

TELEFONOS _____

RELACION CON EL SOCIO (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio)

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce - de modo legítimo y a éstos efectos - la representación del socio identificado en éste instrumento.

FIRMA _____

**DERECHO A NO OTORGAR CONSENTIMIENTO/ REVOCACION DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En éste acto se me ha informado que tengo el derecho a no consentir la realización del procedimiento _____ planteado y se me han explicado las consecuencias de dicha decisión.

Asimismo, se me explicó que en cualquier momento tengo la facultad de revocar éste consentimiento, sin manifestar motivo alguno.

NEGATIVA DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria que, habiendo sido debidamente informado respecto del procedimiento de, no consiento su realización. **FIRMA**

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

RELACION CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio).

El suscrito declara, bajo juramento, que ejerce, de modo legítimo y a éstos efectos, la representación del socio identificado en éste instrumento.

FIRMA _____

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Manifiesto en forma voluntaria mi intención de revocar el consentimiento otorgado con fecha ___/___/___ realizar el procedimiento de _____

FIRMA _____

REPRESENTANTE(S)

NOMBRE _____ C.I. _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

RELACIÓN CON EL SOCIO _____ (Padre, Madre, Cónyuge, Concubina, Tutor, Curador, Pariente o designado por el socio).

El suscrito declara bajo juramento, que ejerce, de modo legítimo y a éstos efectos, la representación del socio identificado en éste instrumento.

FIRMA _____