



## PREPARACIÓN COLONOSCOPIA CON PLEINVUE®

- Los tres días antes de la prueba **no tomará alimentos con fibra**. Evitará las frutas, verduras, alimentos integrales, cereales, legumbres, comidas grasas y frutos secos. **Puede tomar:** puré de patata, jamón de York, lácteos desnatados, café e infusiones, tortilla francesa, pescado a la plancha o hervido, carnes a la plancha, pan blanco, arroz blanco y pasta.
- Para evitar las náuseas y si no es alérgico o lo tiene contraindicado por su médico, 30 minutos antes de iniciar la toma de los productos evacuantes, puede tomar 1 comprimido de PRIMPERÁN (o una cucharada sopera, si tiene jarabe).
- Si es habitualmente estreñido, o en otras ocasiones no ha logrado una buena limpieza del colon, tome 1 sobre de Movicol® cada 8 horas los 3 días previos a la prueba, en los que hará dieta sin residuos. No sustituye a la preparación, es complementario.
- No es necesario suspender su medicación habitual, salvo el hierro oral (lo suspenderá 7 días antes de la colonoscopia) y los antidiabéticos orales o la insulina, que no los tomará tras iniciar la toma de los sobres evacuantes. Si toma antiagregantes o anticoagulantes consulte con su médico; recomendamos sustituir los anticoagulantes orales por heparina de bajo peso molecular 3 días antes (el día de la prueba no ponérselos), y si usa Clopidogrel suspenderlo 7 días (el Adiro si es de 100mg. no es necesario suspenderlo).
- Si está operado de una válvula cardiaca deberá tomar antibiótico 2 horas antes. Consúltelo con su médico. Suele tomarse Amoxicilina 2 gramos con medio vaso de agua.
- Si su médico le hubiera indicado algún procedimiento diagnóstico o terapéutico especial como ecoendoscopia, CPRE, macrobiopsia, tatuaje de una lesión con tinta china, dilatación endoscópica, esclerosis, colocación de bandas en varices del esófago o en las hemorroides, polipectomía, aplicación de argón-beam, etc, o es usted **alérgico al látex, deberá, necesariamente**, consultarlo con los médicos de esta Unidad **antes de citarse**.
- Para la sedación **es imprescindible** que venga acompañado de una persona adulta. No podrá conducir en, al menos, las siguientes 4-6 horas.


### SE RECOMIENDA TOMAR LOS SOBRES DE PLEINVUE® DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1ª TOMA:** Abra el sobre correspondiente a la **DOSIS 1** y disuelva el contenido en **500ml de agua fría**. Tómese el preparado lentamente a lo largo de 60 minutos. Se recomienda tomar medio vaso cada 15 minutos (125ml). A continuación, tomar ½ litro de bebidas isotónicas (tipo Aquarius) e infusiones, a lo largo de 45 minutos.
- 2ª TOMA:** Abra el sobre correspondiente a la **DOSIS 2 (sobre A + sobre B)** y disuelva el contenido **de los 2 sobres en 500ml de agua**. Cuando esté bien disuelto meterlo en la nevera y luego tomarlo frío. A continuación, prepare ½ litro de bebidas isotónicas (tipo Aquarius) e infusiones. Tómese el preparado y los líquidos lentamente a lo largo de 120 minutos, alternando medio vaso de preparado con medio vaso de los líquidos claros. Se recomienda tomar medio vaso cada 15 minutos (125ml).


### CÓMO TOMAR PLEINVUE®

**1ª Toma de PLEINVUE®**


Sobre A



**1.** Abra el sobre correspondiente a la **Dosis 1**, y disuelva el contenido en **500 ml de agua fría**.



**2.** Tómese el preparado a lo largo de **45 min.** Tomar un vaso cada **10-15 min.**




**3.** A continuación tomar como mínimo **1/2 litro adicional de líquidos claros\***.


---

**2ª Toma de PLEINVUE®**

Sobre A + Sobre B



**1.** Abra el sobre correspondiente a la **Dosis 2 (sobre A + sobre B)** y disuelva el contenido de los **2 sobres en 500 ml de agua fría**. Divídalo en 4 vasos de 125ml.



**2.** A continuación prepare **1/2 litro de líquidos claros\***. Divídalo en 4 vasos de 125ml.

**3.** Tómese el preparado lentamente (4 vasos del preparado + 4 vasos de líquidos claros\*) **alternando un vaso del preparado con un vaso de líquidos claros\***, se recomienda un vaso cada **15-20 min (125 ml)**.

❄️ Se recomienda tomar esta dosis refrigerada



**LIQUIDOS CLAROS: AGUA, ZUMO DE PIÑA SIN PULPA O INFUSIÓN SIN COLOR.**

Como ejemplo, se le propone el siguiente horario para la toma de los sobres de PLEINVUE®,

**SEGÚN LA HORA DE CITACIÓN DE LA EXPLORACIÓN:**

**EXPLORACIÓN POR LA MAÑANA (Hora de cita antes de las 12:00h.)**

- A las 18:00h. del día anterior a la prueba. Primera toma de PLEINVUE®
- A las 21:00h. del día anterior a la prueba: Segunda toma de PLEINVUE®

**EXPLORACIÓN AL MEDIODÍA (Hora de cita de las 12:00h. a las 16:00h.)**

- A las 21:00h. del día anterior a la prueba: Primera toma de PLEINVUE®
- A las 06:00h. del mismo día de la prueba: Segunda toma de PLEINVUE®

**EXPLORACIÓN POR LA TARDE (Hora de cita posterior a las 16:00h.)**

- A las 06:00h. del mismo día de la prueba: Primera toma de PLEINVUE®
- A las 10:00h. del mismo día de la prueba: Segunda toma de PLEINVUE®

**UNA VEZ INICIE LA PREPARACIÓN Y HASTA FINALIZAR LA PRUEBA, NO PUEDE TOMAR ALIMENTOS.**

**NO TOMARÁ NADA EN LAS 4 HORAS ANTERIORES A SU CITA. NADA INCLUYE LÍQUIDOS DE CUALQUIER TIPO**

**OBSERVACIONES:**

- No se puede predecir en que momento de la preparación va a comenzar a realizar deposiciones.
- Al finalizar la preparación, sus deposiciones deben de ser líquidas. Pueden ser amarillentas, es normal. No deben de tener partículas sólidas o ser turbias. En ese caso puede ponerse un FISISIENEMA de 250cc.
- Aporte el correspondiente **consentimiento informado** cumplimentado y firmado. Haga lo mismo con los volantes, que previamente habrá autorizado en su Compañía para el Dr. Villapún (DIGES VILLA SLP) como realizador de la endoscopia.
- Intentamos ajustarnos a la hora de la cita, pero puede que algún paciente necesite más de lo habitual.
- Si le surgieran dudas puede contactar, preferentemente, con: **IRENE 600585707 (de 9:00 a 13:30h. de lunes a viernes)** o Dr. Villapún 679457191 (de 9:00 a 20:00h. de lunes a viernes).



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA Y SEDACIÓN INTRAVENOSA**

DON/DOÑA ..... FECHA DE NACIMIENTO.....  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE)

DOMICILIO ..... D.N.I. N°.....

TELÉFONOS ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

DON/DOÑA ..... D.N.I. N° ..... TELÉFONO .....

(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL TUTOR)

CORREO ELECTRÓNICO ..... EN CALIDAD DE ..... (REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

**DECLARO:**

QUE EL DR. (Médico que indica exploración).....

me ha explicado que en mi situación es conveniente realizar una **COLONOSCOPIA** y se me ha hecho entrega de este documento con la información adecuada que he podido o podré confirmar y contrastar con el especialista o con el endoscopista en consulta (previa cita) o antes de la endoscopia. Con ello he podido entenderlo todo y aclarar mis dudas. A su vez me han proporcionado el teléfono 600585707 para dudas administrativas relacionadas con la endoscopia y la sedación.

1. La **COLONOSCOPIA** es una técnica endoscópica que pretende la visualización del interior del intestino grueso (colon), en ocasiones también de los últimos centímetros de íleon, con el fin de poder diagnosticar distintas enfermedades en estas localizaciones.

2. Con el paciente habitualmente en decúbito, acostado sobre su lado izquierdo y tras la introducción del endoscopio a través del ano, se progresa por el colon examinando su pared. Si durante la exploración se visualizaran zonas anómalas se pueden tomar pequeñas muestras de tejido (biopsia) para su análisis histológico o microbiológico. Alguna vez, si se detectara una lesión sangrante, un pólipo o una tumoración, no especialmente complejos como para requerir un proceder especial, podría realizarse su tratamiento endoscópico en el mismo momento.

3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización podrían presentarse efectos indeseables. Leves como distensión abdominal, mareo, dolor o hipotensión fácilmente solucionables. Otros muy infrecuentes como hemorragia, perforación o infección o excepcionales como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACV (accidente cerebrovascular agudo) que podrían ser graves y requerir tratamiento médico intensivo o quirúrgico, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

4. Comprendo que hay que hacer una correcta preparación previa al procedimiento, para lo que he recibido las instrucciones por escrito. Además se me advierte de avisar sobre posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada,.....) pudiera aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones. (escriba otros que en su caso)existan)

5. El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinadas circunstancias, puede hacer recomendable o necesaria la **SEDACIÓN**.

La sedación que se realiza suministrando por vena fármacos hipnóticos, sedantes y/o analgésicos, logra desde simplemente suprimir la ansiedad en su grado más superficial, hasta evitar el dolor y la percepción consciente de lo que acontece en su grado medio y hasta alcanzar una inconsciencia total en su grado más profundo.

Dicha sedación que reporta beneficios al paciente y a la técnica endoscópica, rara vez propicia la aparición de alteraciones y complicaciones que casi siempre son leves y reversibles. Se considera una técnica segura y por tanto de uso generalizado; en ella, de forma general, el balance riesgo/beneficio siempre es favorable. Las complicaciones las hay que son típicas en relación con la punción de la vena como hematoma, flemón, infección cutánea o flebitis; cardiovasculares y respiratorias leves que tienen que ver con hipotensión, falta transitoria de oxigenación, alteraciones del ritmo cardíaco o el espasmo de laringe; otras infrecuentes están en relación a que son psicofármacos los que se usan pudiendo aparecer agitación, desorientación, hipo, retención urinaria, náuseas. Rara vez son reacciones alérgicas como pueden suceder en la administración de cualquier fármaco. Excepcionalmente puede sobrevenir shock por alergia, arritmia grave, broncoaspiración, coma, convulsiones, parada respiratoria y/o parada cardio-respiratoria con necesidad de medidas de UCI y la posibilidad de que incluso sobrevenga la muerte.

Entiendo que existe mayor riesgo con la sedación y también con la endoscopia misma en pacientes pertenecientes a los grupos de alto riesgo: EPOC (enfermedad pulmonar crónica), enfermedad coronaria grave, otras enfermedades cardíacas graves, patología psiquiátrica, alcoholismo, drogadicción, embarazo, obesidad mórbida, alteraciones anatómicas en macizo facial y orofaringe, alergias o complicaciones en anestesis previas y casos con fracaso previo en endoscopia-sedación.

Siempre es conveniente aportar informes y estudios médicos previos. En caso de pertenecer a un grupo de alto riesgo además es necesario un estudio pre-anestésico (contactar con la Unidad de Endoscopia Digestiva).

Acepto la vigilancia e instrucciones que se indiquen después de la sedación puesto que entiendo que su efecto puede tardar varias horas en desaparecer por completo (debo evitar el deambular en solitario, conducir vehículos, manejar maquinaria o tomar decisiones de trascendencia en las 4-5 horas siguientes).

Durante todo el procedimiento endoscópico con sedación e inmediatamente después estarán vigiladas mis funciones circulatoria, respiratoria y neurológica sometiéndome a los registros necesarios. En esta Unidad la sedación corre a cargo de un médico endoscopista presente (no anestesiólogo) y de dos diplomados en enfermería que están formados y tienen una dilatada experiencia en la sedación para endoscopia. Esta Unidad realiza los procedimientos en el área de quirófanos donde existen los medios humanos y materiales necesarios para resolver las incidencias y complicaciones que pudieran presentarse durante la endoscopia y la sedación.

6. Acepto que el procedimiento pueda ser anulado o suspendido en el último momento en caso de que el médico endoscopista considere no asumible el riesgo en mi caso.

7. Conozco la existencia de posibles medios diagnósticos y terapéuticos alternativos. También la posibilidad de realizar la colonoscopia sin sedación debiendo asumir en tal caso la ansiedad, la molestia y el dolor que me ocasione. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. El facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

### CONSENTO

Que se me realice una **COLONOSCOPIA con SEDACIÓN**

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid, ..... de..... de.....

### REVOCACIÓN

Don /Doña .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me realice **COLONOSCOPIA** y no deseo proseguir con el diagnóstico/tratamiento que doy en esta fecha por finalizado.

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid, .....de.....de.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... para que se me aplique **SEDACIÓN** en la colonoscopia.

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE

Madrid, ..... de..... de.....

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, informamos que los datos personales serán tratados por DIGES VILLA, S.L.P. con NIF: B88302161, cuya finalidad es la prestación del servicio contratado consistente en:

- asistencia médica digestiva solicitada.
- con fines de facturación, realizar gestiones administrativas y/o contables, gestión de consultas, así como, cumplir con obligaciones legales impuestas en su caso, para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones, y siempre que nos autorice, con fines comerciales / promocionales sobre la actividad de la entidad.

Para gestionar correctamente el servicio será necesario tratar categorías especiales de datos acerca de: el estado de su salud o en su caso, del menor o representado.

Podrá solicitar más información, así como ejercer sus derechos remitiendo una comunicación por escrito a la dirección de correo electrónico [protecciondedatos@digesvilla.es](mailto:protecciondedatos@digesvilla.es) o mediante correo postal a la dirección C/ JUAN RAMÓN JIMÉNEZ 28, 9A (28036) MADRID. Para el ejercicio de sus derechos, en caso de que sea necesario, se le solicitará documento que acredite fehacientemente su identidad. Si siente vulnerados sus derechos en lo concerniente a la protección de sus datos personales, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente (Agencia Española de Protección de Datos), a través de su sitio web: [www.aepd.es](http://www.aepd.es).

Mediante la firma del presente documento, el abajo firmante declara y garantiza que los datos aportados son verdaderos, exactos, completos y se encuentran actualizados; comprometiéndose a informar de cualquier cambio respecto de los mismos, siendo el único responsable de los daños o perjuicios, tanto directos como indirectos, que pudieran ocasionarse como consecuencia del incumplimiento de la presente cláusula. Puede solicitar información adicional acerca de cómo tratamos sus datos al correo electrónico [protecciondedatos@digesvilla.es](mailto:protecciondedatos@digesvilla.es) arriba indicado.