

	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-12
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ULTRASONIDO ECO. ENDOSCÓPICA DE RECTO	F. APROBACIÓN: 01/03/2023

Estimado usuario, usted será sometido a una endoscópica de recto, este procedimiento consiste en imágenes detalladas de la pared del recto y estructuras adyacentes mediante el uso de un endoscopio.

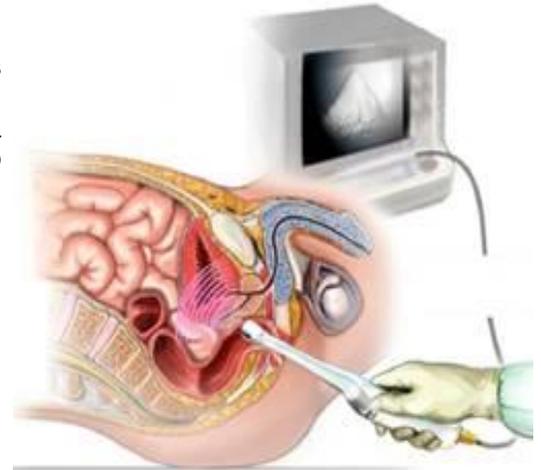
Información general para realización de ultrasonido

1. Acudir el día de su ultrasonido con ayuno de por lo menos (08) ocho horas. **Si la cita es en horarios AM**, debe realizar su última comida antes de las 7:00 p.m., consumiendo algo suave y preferiblemente líquido.

Si la cita es en horario PM, debe contar 08 horas, antes de la hora programada de su cita, puede consumir una sola bebida: aromática o consomé (sólo el líquido) luego no ingerir ningún alimento.

2. Debe hacer limpieza del recto, para ello se debe hacer con dos **ENEMA TRAVAD**, uno la noche anterior y el otro, dos (2) horas antes del procedimiento.

- La noche anterior a la realización de la prueba, deberá ponerse el primer ENEMA TRAVAD Solución Rectal de 133 ML.
- El día del procedimiento, se pondrá el segundo ENEMA TRAVAD.
- Solo Si cuenta con resultados de colonoscopia, resonancia o TAC, llevarlos para presentarlos al profesional.



- Para ponerse el enema, se debe colocar sobre el costado izquierdo con las piernas flexionadas.
- Después de haber tomado la posición, el siguiente paso es insertar la cánula del enema en el ano.
- Tome la cánula con la mano derecha y empuje suavemente en su ano. Esto a veces puede causar un poco de dolor o un malestar leve.
- Una vez que la cánula del enema se inserta, apretar la bolsa que contiene la solución con la otra mano.
- Una vez que toda la solución se exprime de la bolsa, retire la cánula suavemente fuera del ano. Aunque obtendrá una sensación de ir al baño inmediatamente, usted tiene que esperar por lo menos durante 15-20 minutos. Es importante que espere este tiempo para permitir que la solución se extienda. Durante este tiempo, usted debe seguir en la misma posición. Trascorrido este tiempo ya puede pasar al baño para evacuar.

3. Diligenciar el consentimiento informado, que es un documento donde le explican en qué consiste el procedimiento y sus posibles riesgos. Debe leerlo atentamente y firmarlo.

4. Deberá manifestar a su médico si es alérgico a medicamentos u otros componentes, si padece enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, reemplazo valvular u otro padecimiento importante.

5. Tomar el medicamento de la tensión con mínima cantidad de agua, 08 horas antes de su cita, o tomarlo después de finalizar el procedimiento.

6. Como el procedimiento es bajo sedación, debe asistir con un acompañante y disponer de 01 hora, tiempo que puede demorar todo el procedimiento.

7. Llevar las uñas sin esmalte, evitar llevar objetos de valor (joyas, manillas, reloj, celular, billetera etc.). Asistir con ropa cómoda, (preferiblemente no tacones, fajas)

8. Después del examen no podrá conducir ningún tipo de vehículo automóvil, moto, Etc.

Recuerde ¡El éxito de su examen depende de su excelente preparación !

Cualquier inquietud puede comunicarse para:

- **EPS Sanitas:** Al PBX (301) 743 37 04, o al correo: confirmaciones.gastricare@gmail.com
- **EPS Famisanar:** Al móvil: 3155114536, o al correo: gastricare.confirmacionespa@gmail.com

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-24
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ULTRASONIDO ECO. ENDOSCÓPICA DE RECTO	F. APROBACIÓN: 23/02/2023

Datos Paciente:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____, nacido(a) el día _____, del mes _____, del año _____, **asisto como paciente.**

Datos Acompañante y/o Tutor responsable:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____, Autorizo al especialista, para la realización del procedimiento: **ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO.**

¿QUÉ ES UNA ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO?

La ecografía endoscópica de recto es un examen médico que permite obtener imágenes detalladas de la pared del recto y estructuras adyacentes mediante el uso de un endoscopio flexible equipado con un transductor de ultrasonido. Durante el procedimiento, se introducirá el endoscopio a través del ano y se avanzará lentamente hacia el recto. La tecnología de ultrasonido del endoscopio permite generar imágenes en tiempo real que son visualizadas por el médico para evaluar las estructuras internas del recto.

La ecografía endoscópica de recto se realiza para diagnosticar y evaluar diversas condiciones, como tumores rectales, pólipos, inflamación, abscesos y otras anomalías. También es útil para determinar la profundidad de la invasión de tumores en la pared del recto y para planificar tratamientos adecuados.

Se me indico que debo informar de alergia a la lidocaína, espasmo laríngeo, convulsiones, miastenia gravis o esclerosis múltiple, se puede realizar en personas que tengan otras enfermedades controladas como hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón y pulmones, entre otras, tomando las debidas medicaciones y precauciones pertinentes.

¿CÓMO DEBO PREPARARME?

Presentarse con por lo menos 10 horas de ayuno para sólidos y 08 horas de ayuno para líquidos, debe ponerse en la noche anterior al procedimiento un enema de limpieza (Enema Travad Rectal de 133 ml), y otro enema dos horas antes al procedimiento, esto permitirá una limpieza adecuada del colon.

Presentarse con acompañante, llevar ropa cómoda, zapatos cerrados antideslizantes. No llevar joyas ni objetos de valor. Las uñas deben estar cortas y sin esmalte.

RIESGOS Y COMPLICACIONES

La ecografía endoscópica de recto es en su mayoría un procedimiento seguro, pero existen algunos riesgos potenciales que debe tener en cuenta: Sangrado: Puede haber un leve sangrado después del procedimiento, especialmente si se realizan biopsias o se toman muestras de tejido para análisis.

Reacciones a la sedación: Si se administra sedación durante el procedimiento, existe un riesgo potencial de reacciones adversas a los medicamentos utilizados, como dificultad respiratoria, disminución de la presión arterial o reacciones alérgicas

Perforación, hemorragia, y otras inherentes al procedimiento que pueden requerir un tratamiento quirúrgico abierto en casos excepcionales.

En caso de la realización de PAAF (punción con aguja fina) existe igualmente riesgo de pequeños sangrados, que ceden habitualmente de forma espontánea. puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo o requerir intervención quirúrgica. En caso de precisar la realización de punción pancreática existe riesgo mínimo de sufrir un cuadro de pancreatitis aguda y/o generalmente leve.

Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la ecoendoscopia, llegando incluso a la parada cardiorrespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Igualmente, la aspiración de contenido digestivo en la vía respiratoria es una complicación grave. Durante la exploración, tanto el médico

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-24
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ULTRASONIDO ECO. ENDOSCÓPICA DE RECTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL

como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación. El Doctor queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas médicas distintas de las ya mencionadas si en el curso del procedimiento se presenta una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico tratante las haga necesarias, caso en el cual podrían realizarse en los términos previstos.

Confirmando que recibí la preparación para la realización de mi procedimiento y que cumplí el total de las instrucciones contenidas en ese documento.

Que en las últimas dos semanas no he tenido sintomatología respiratoria como tos, fiebre, dificultad respiratoria, dolor al tragar o malestar general u otro de los síntomas sobre los que me han preguntado previamente a este examen. Que no he estado en contacto con personas enfermas con COVID-19, o que hubieran estado en cuarentena por COVID-19 o gente proveniente de los continentes o regiones del país donde circula activamente el virus.

Por considerarse un procedimiento generador de aerosoles se han seguido las recomendaciones de bioseguridad de la OMS y del Consenso Colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Así mismo hago constancia de mi consentimiento informado y de que me han explicado los riesgos del procedimiento, además, que por el hecho de desaislarme se aumenta mi riesgo de contaminación con el virus SARS- Cov-2.

AUTORIZACIÓN INFORMADA

Al firmar este documento reconozco que los he leído y/o me ha sido leído y que he comprendido de forma clara su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Así mismo, autorizó de manera explícita e informada y voluntaria a GASTRICARE SAS, para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud.

Este consentimiento lo extiendo para que durante este procedimiento me sean practicados las actividades necesarias para enfrentar situaciones imprevisibles o complicaciones de mi salud derivados del procedimiento inicialmente propuesto. Entiendo que el personal tratante actuará con el profesionalismo, prudencia, diligencia y responsabilidad. Así mismo acepto que los tratamientos planteados sean ejecutados por el especialista que se requiera, acorde a la necesidad clínica.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación en la Ciudad de Bogotá D.C,

El día del mes del año .

Firma del Paciente o Representante Legal.

Nombre del Paciente o Representante Legal.

Documento del Paciente o Representante Legal.

Firma del Médico/Profesional de la salud

Nombre del Médico/Profesional (completo).

Documento del Médico/Profesional

	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-09
			VERSIÓN: 02
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	F. APROBACIÓN: 23/02/2023
		SEDOANALGESIA	

Datos Paciente:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____, nacido(a) el día _____, del mes _____ del año _____, **asisto como paciente.**

Datos Acompañante y/o Tutor responsable:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____, Actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y consciente, declaro que el profesional me ha informado y explicado lo siguiente:

¿QUÉ ES LA SEDOANALGESIA?

La sedo analgesia para procedimientos es un procedimiento en el cual se usan fármacos analgésicos, sedantes y/o disociativos en forma endovenosa con el objetivo de producir analgesia, sedación y/o control de movimientos durante la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen ansiedad y/o dolor.

¿DEBO TENER ALGUNA PREPARACIÓN O CUIDADO ESPECIAL ANTES DE LA SEDOANALGESIA?

Debe asistir en ayuno total de por lo menos 8 horas, haber realizado la preparación ordenada según el procedimiento, traer ropa holgada, calzado cerrado y antideslizante, uñas cortas y sin esmalte y contar siempre con un acompañante.

Antes del procedimiento refiérase al médico de sedación los medicamentos que está tomando, antecedentes importantes y si ha presentado antes alguna alergia o reacción a medicamentos.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y CONSECUENCIAS?

El beneficio que se persigue sedando a los pacientes es doble: por un lado, conseguir una buena calidad percibida, gracias a la supresión del dolor y por otro evitar que movimientos intempestivos puedan comprometer la eficacia y seguridad del procedimiento.

Los riesgos, aunque son infrecuentes, incluyen hipersensibilidad a los componentes (incluye eritema), broncoespasmo (depresión respiratoria) puede desencadenar crisis asmática, sudoración y náuseas. síncope orto estático (cambio postural brusco), hipotensión.

Para evitar obstrucción de la vía respiratoria debe retirarse cajas de dientes y otros elementos removibles de la boca. Posterior a la salida puede persistir con mareos por lo cual se debe abstener de deambular solo y de conducir el automóvil, siempre venga con un acompañante. No debe ingerir bebidas alcohólicas después del procedimiento.

AUTORIZACIÓN INFORMADA

Al firmar este documento reconozco que los he leído y/o me ha sido leído y que he comprendido de forma clara su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-09
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		SEDOANALGESIA	

Así mismo, autorizó de manera explícita e informada y voluntaria a GASTRICARE SAS, para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud.

Este consentimiento lo extiendo para que durante este procedimiento me sean practicados las actividades necesarias para enfrentar situaciones imprevisibles o complicaciones de mi salud derivados del procedimiento inicialmente propuesto. Entiendo que el personal tratante actuará con el profesionalismo, prudencia, diligencia y responsabilidad. Así mismo acepto que los tratamientos planteados sean ejecutados por el especialista que se requiera, acorde a la necesidad clínica.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación en la Ciudad de Bogotá D.C.

El día del mes del año .

Firma del Paciente o Representante Legal.

Firma del Médico/Profesional de la salud

Nombre del Paciente o Representante Legal.

Nombre del Médico/Profesional (completo).

Documento del Paciente o Representante Legal.

Documento del Médico/Profesional

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-10
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		VENOPUNCIÓN	F. APROBACIÓN: 23/02/2023

Datos Paciente:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____, nacido(a) el día _____, del mes _____, del año _____, **asisto como paciente.**

Datos Acompañante y/o Tutor responsable:

Yo, _____, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____,

Actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y consciente, declaro que el profesional me ha informado y explicado lo siguiente:

¿QUÉ ES LA VENOPUNCIÓN?

Es la técnica por la cual se cánula una vena por vía transcutánea con un catéter de plástico flexible unido a una aguja. Este procedimiento es necesario, ya que se requiere un acceso venoso para la administración de medicamentos, igualmente es útil ya que podría requerir líquidos endovenosos.

En el momento de la venopunción, sentirá un leve dolor tipo pinchazo. En casos esporádicos se podrían presentar complicaciones de este procedimiento, como hematoma y/o dolor leve, los cuales mejorarán espontáneamente o con medidas locales. En casos excepcionales, este dolor podría ser más severo y persistente o presentarse inflamación de la vena, infección o trombosis localizadas. Ocasionalmente en estos casos incluso se requerirá valoración médica para definir el manejo de acuerdo con la complicación presentada.

AUTORIZACIÓN INFORMADA:

Actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y consciente, autorizo al personal de GASTRICARE SAS, para realizar el procedimiento de venopunción, para la administración de medicamentos.

Declaro que he leído y comprendido la información sobre la venopunción satisfactoriamente y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Así mismo, autorizó de manera explícita e informada y voluntaria a GASTRICARE SAS, para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud.

Al firmar este documento reconozco que los he leído y/o me ha sido leído y que he comprendido de forma clara su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación en la Ciudad de Bogotá D.C.,

El día _____ mes _____ año _____.

Firma del paciente o responsable del paciente.

Firma del médico o profesional de la salud

Nombre del paciente o responsable (completo).

Nombre del médico/profesional (completo).

Documento del paciente o responsable.

Documento del médico/profesional.