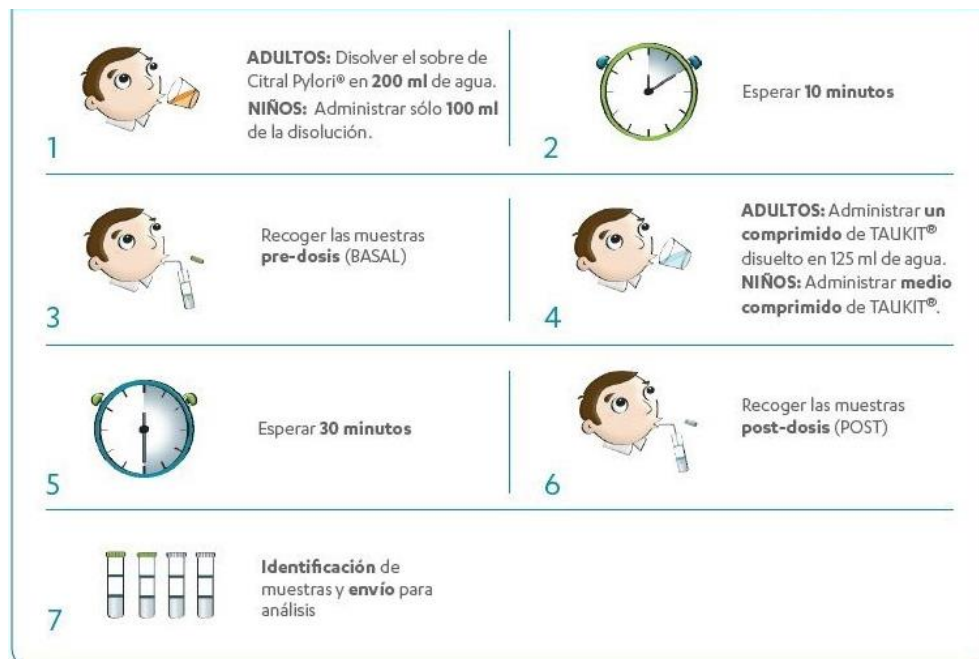



## PREPARACIÓN PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY

### Tener en cuenta para realizarse la prueba:

- El test de aliento se debe realizar después 1 mes sin terapia antibacteriana sistémica (aminoglucósidos, ansamicinas, carbacefem, carbapenem, cefalosporinas, glicopéptidos, macrólidos, monobactámicos, penicilinas, polipéptidos, quinilonas, sulfonamidas tetraciclinas y otros antibióticos) y 14 días después de la última dosis de agentes antisecretores ácidos como inhibidores de la bomba de protones, Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol, Rabeprazol, Esomeprazol, Dexlansoprazol, sales de bismuto, hidróxido de aluminio o magnesio y sucralfato, ya que pueden interferir con el status de la *H. pylori*. Muy importante después de una terapia de erradicación de *H. pylori*.
- Las pruebas de aliento no se deben realizar en pacientes que hayan tenido una terapia de antibióticos, lavado intestinal o enteroscopia, a menos que hayan pasado 4 semanas después de estos tratamientos o exámenes.
- El paciente tiene que estar en **ayunas** desde la noche anterior, por lo menos **8 horas** antes de la realización de la prueba.
- Durante la realización del test de aliento, el sujeto no puede comer nada en absoluto, ni masticar chicle porque, usualmente, los chicles contienen sorbitol, el cual puede ser fermentado para formar CO<sub>2</sub>, H<sub>2</sub> y CH<sub>4</sub> en el intestino.
- Los individuos que quieran hacerse la prueba tienen que abstenerse de fumar y de realizar cualquier esfuerzo físico, al menos 30 minutos antes de la ingestión del sustrato y durante el tiempo que dure la prueba.




**Por tu seguridad y la nuestra: No debe tener síntomas gripales: fiebre, congestión nasal, dolor de garganta. No debe tener sospecha, ni diagnóstico positivo de COVID19.**

	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-25
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TEST DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PYLORI	Fecha de actualización: 2021-01-05
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

## CONSENTIMIENTO INFORMADO TEST DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PYLORI

Fecha: Día..... Mes..... Año..... Hora:							
<b>1. DATOS DEL PACIENTE:</b>							
Nombres y Apellidos del paciente:							
Identificación:		Tipo:			Número :		
Edad:		DIAS		MESES		AÑOS	
Condición particular:		Menor de edad:		Discapacidad cognitiva:			
		SI	NO	SI	NO		
<b>2. DIAGNÓSTICO</b>							
<b>3. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>							
TEST DE ALIENTO HELICOBACTER PYLORI							
<b>4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:</b>							
Primero se soplará en una pequeña bolsa donde se recoge el aire basal. Posteriormente se da una pastilla con Urea marcada con C13 (isótopo no radiactivo) que se tragará con una pequeña cantidad de agua.							
<b>5. PROPÓSITO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR:</b>							
Para detectar si existe infección por la bacteria Helicobacter Pylori, responsable de gastritis crónica y úlcera gastroduodenal.							
<b>6. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO:</b>							
Se puede sustituir por la determinación de Antígeno de Helicobacter Pylori en heces, pero esta prueba tiene una sensibilidad más baja y en ocasiones presenta falsos positivos. También por la toma de biopsias gástricas, pero esta precisa la realización de endoscopia digestiva alta y tiene un alto número de falsos negativos.							
<b>7. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:</b>							
La prueba de aliento, que en este momento es la mejor alternativa para diagnóstico y seguimiento, identifica la presencia de la bacteria a través de los compuestos que genera en su ciclo vital. El Helicobacter pylori produce ureasa, una enzima, que rompe las moléculas de urea que se producen en el estómago durante la digestión; de esta reacción obtiene amoníaco (que le ayuda a neutralizar la acidez gástrica) y bióxido de carbono (CO <sub>2</sub> ), el cual pasa al torrente sanguíneo y puede ser medido en el aire que el paciente elimina a través de su respiración. Exhalar CO <sub>2</sub> marcado confirma la presencia de H. pylori, por lo que todo resultado positivo indica que se debe iniciar tratamiento.							
<b>8. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:</b>							
La no realización del procedimiento puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento.							

	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-25
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TEST DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PYLORI	Fecha de actualización: 2021-01-05
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

**9. RIESGOS FRECUENTES:**

La prueba de aliento es sumamente segura y no causa molestia, ni dolor, ni ninguna complicación. Es un examen no invasivo, fácil de realizar y sin efectos secundarios.

**10. RIESGOS POCO FRECUENTES:**

La prueba de aliento es sumamente segura y no causa molestia, ni dolor, ni ninguna complicación. Es un examen no invasivo, fácil de realizar y sin efectos secundarios.

**11. RIESGOS INHERENTES AL PACIENTE (INDIVIDUALIZADOS): SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cual?**

**12. PROFESIONAL QUE INFORMA:** ("Para procedimiento electivo debe ser diligenciado por el médico tratante. Lo anterior preservando la relación médico paciente fundamentado en la confianza, el concepto de humanización y el derecho a la autonomía" En casos de urgencia, el médico de turno.)

Nombre(s) y Apellido(s) \_\_\_\_\_ Registro No. \_\_\_\_\_

**13. DECLARACIÓN DEL PACIENTE:**

Autorizo SI ---- NO----- la participación del personal en formación en el equipo asistencial que estará a cargo de mi proceso de atención, siendo éste responsabilidad absoluta del profesional tratante.

Autorizo SI ---- NO -----que durante mi proceso de atención se tomen videos y/o fotografías.

**14. DECLARACIÓN DE SATISFACCIÓN Y ENTENDIMIENTO CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA:**

Manifiesto haber entendido claramente la información suministrada, luego de contar con la oportunidad de aclarar y resolver mis dudas e inquietudes sobre el procedimiento. Se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de éste, me han expresado los posibles riesgos y complicaciones, así como los alcances de otras alternativas de tratamiento, incluyendo la no realización de intervención alguna, y que no existen garantías absolutas, porque los procedimientos no ofrecen un 100% de confiabilidad diagnóstica y/o terapéutica,

**15. EXTENSIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:**

Este consentimiento lo extiendo para que durante este acto quirúrgico me sean practicados los procedimientos, o 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.


**16. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

Teniendo plena conciencia de que soy mayor de 18 años, que padezco la enfermedad o patología informada por el médico; que la realización de este procedimiento es la mejor alternativa para el tratamiento de mi motivo de consulta, luego de leer y comprender el contenido del presente documento y declarar que no he omitido nada acerca de mi salud, autorizo al profesional seleccionado para que me realice el procedimiento o procedimientos señalados en la primera parte, así mismo, las actividades ejecutadas por el personal de apoyo que este disponga.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del profesional que informa: \_\_\_\_\_ Registro No.: \_\_\_\_\_

	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-25
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TEST DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PYLORI	Fecha de actualización: 2021-01-05
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

Especialidad: \_\_\_\_\_

El presente consentimiento se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**17. CONSENTIMIENTO INFORMADO DELEGADO:** *(Este numeral debe ser diligenciado por el representante legal del paciente cuando éste no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva)).*

Dado que el beneficiario de los procedimientos es considerado incapaz para tomar o rechazar la decisión o dar su consentimiento para ejecutar la exploración o procedimiento descrito, el profesional me ha explicado, en mi calidad de representante legal, en forma clara, expresa y satisfactoria en qué consiste el procedimiento, qué es, cómo se hace, para qué sirve. Igualmente, se me han explicado los riesgos y complicaciones que pueden conllevar las actividades programadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntaria yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con No. \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_ (madre, padre, hermano, hijo, otros) de \_\_\_\_\_ (nombre del Paciente), doy mi consentimiento para que se le realicen los procedimientos antes descritos.

También puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno, esto siempre y cuando no se hayan adelantado ya las acciones destinadas al logro del objetivo.

Firma del Representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del profesional que informa: \_\_\_\_\_ Registro No: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

El presente consentimiento se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**18. REVOCACIÓN:**

Revoco el consentimiento otorgado, para la realización del procedimiento que se expresa en este documento.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante legal: (cuando aplique) \_\_\_\_\_

Firma del Representante legal: \_\_\_\_\_ No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

El presente consentimiento se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_