

	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-18
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 01
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ANOSCOPIA	F. APROBACIÓN: 01/03/2023

## ¿Qué es la anoscopia?

La anoscopia es un procedimiento médico utilizado para evaluar y mapear lesiones o cambios en el área anal y rectal.

### Preparación de anoscopia

Presentarse con por lo menos 12 horas de ayuno para sólidos y 08 horas de ayuno para líquidos, con acompañante, traer ropa cómoda, zapatos cerrados antideslizantes. No traer joyas ni objetos de valor. Las uñas deben estar cortas y sin esmalte.

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.

- I. La noche anterior a la realización de la prueba, deberá ponerse el primer ENEMA TRAVAD Solución Rectal de 133 ML.
- II. El día del procedimiento, se pondrá el segundo ENEMA TRAVAD.
- III. Llevar resultados de la colonoscopia.

- 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.



Después del examen puede realizar sus actividades normales del día a día.

- **DISPONIBILIDAD:** Contar con aproximadamente una hora de tiempo, para la realización del examen.

*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.confirmacionesp@gmail.com

 <b>GastriCare IPS</b> <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO: AA-F-35</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>ANOSCOPIA</b>	<b>F. APROBACIÓN: 23/02/2023</b>

**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: **ANOSCOPIA**

**¿QUÉ ES LA ANOSCOPIA?**

La anoscopia es una técnica que permite visualizar el interior del ano, el conducto anal y la parte baja del recto, es decir, los últimos 10 cm del tubo digestivo. Gracias a este estudio se pueden realizar diagnósticos de enfermedades locales, y así se podrá decidir qué tratamiento es necesario. Para ello se utiliza un anoscopia, un tubo de unos 8-10 cm de largo y unos 3-4 cm de diámetro.

Se suele utilizar la luz fría para realizar la anoscopia. Esto es una lámpara con luz halógena que no emite calor, y por lo tanto se puede introducir un poco a través del anoscopio. Esa lámpara se acompaña de una cámara con cable de fibra óptica para ver de forma detallada las paredes del recto y el canal anal.

La anoscopia de alta resolución consiste en la aplicación de una sustancia en las paredes del recto y el canal anal a través del anoscopio. Después se utiliza una luz que produce una fluorescencia en las zonas patológicas a estudiar, normalmente zonas malignas.

**¿CÓMO DEBO PREPARARME?**

El día anterior al procedimiento debe colocarse un enema travad rectal de 133 ml y dos horas antes debe colocarse otro enema rectal, tratar de retenerlo por 10 a 15 min, asegurándose de que la evacuación ha sido completa y eficaz. Presentarse con por lo menos 12 horas de ayuno para sólidos y 8 horas de ayuno para líquidos.

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

**¿QUE PROPÓSITO TIENE LA ANOSCOPIA?**

La anoscopia se hace cuando se quiere visualizar el interior del recto, canal anal o ano para confirmar un diagnóstico concreto. También permite tomar biopsias de las paredes de estas estructuras, y si es necesario se pueden tratar ciertas enfermedades. Las indicaciones más frecuentes de la anoscopia son:

- Dolor anal: una de las causas más frecuentes son las hemorroides y las fisuras. Cuando no se ven desde el exterior y no se palpan con un tacto rectal, se puede valorar realizar una anoscopia para comprobar si hay dentro.
- Sangrado anal: se debe realizar la anoscopia para identificar el origen del sangrado. Puede deberse a hemorroides, fisuras, heridas o cáncer, principalmente.
- Sensación de ocupación o pesadez en el ano: puede ser un síntoma precoz de cáncer rectal, o también el síntoma principal de un absceso, pólipos o hemorroides.
- Tomar biopsias: si se observan alteraciones sospechosas en la superficie interior del recto o canal anal. La mejor prueba para dirigir la toma de biopsias es la anoscopia de alta resolución.
- Practicar sexo anal: la práctica de sexo anal se relaciona con la infección por VPH en el recto y ano, y por lo tanto con un riesgo elevado de padecer cáncer del epitelio local. El riesgo aumenta en pacientes con VIH o que hayan padecido otras enfermedades de transmisión sexual.
- Ligar hemorroides: se pueden realizar ligaduras con bandas elásticas de las hemorroides internas sangrantes.

 <b>GastriCare IPS</b> <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO: AA-F-35</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>ANOSCOPIA</b>	<b>F. APROBACIÓN: 23/02/2023</b>

### ¿CUALES SON LOS POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES?

Podría presentarse leve molestia generalmente en pacientes con cirugía local reciente, o que han recibido tratamiento radioterápico o quimioterápico local, luego del procedimiento puede realizar a sus actividades cotidianas. Es un procedimiento seguro y de bajo riesgo y es poco probable que cause dolor. Durante la realización de la prueba se pueden producir molestias a nivel del ano y recto. El material utilizado es de goma y látex, en caso de alergia a este material debe comunicárnoslo. En forma infrecuente es posible que ocurra una perforación (ruptura) o puede haber sangrado del recto.

- Daño de la pared del recto: puede ser desde una pequeña herida hasta una ruptura total de la pared.
- Infección local: Cuando sucede es necesario un tratamiento antibiótico. Si la infección progresa puede provocar un absceso, que a veces se debe drenar y es necesario administrar tratamiento antibiótico por vía intravenosa.
- Hemorragia: Si tienes hemorroides es normal sangrar un poco durante el procedimiento. En ocasiones el sangrado continúa en el tiempo y debe ser cortado con tratamiento quirúrgico. Hay más riesgo de sangrado descontrolado en las biopsias.
- Dolor persistente: La anoscopia no es una prueba dolorosa. Si hay dolor se debe acudir al especialista para descartar complicaciones o la aparición de nuevas patologías.
- Reacción alérgica a los reactivos utilizados (ácido acético; glucol) y la sedación

### 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.

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

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

**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 nauseas. 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.

 <b>GastriCare IPS</b> <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO: AA-F-09</b>
			<b>VERSIÓN: 02</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>F. APROBACIÓN: 23/02/2023</b>
		<b>SEDOANALGESIA</b>	

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

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

**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.

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente o responsable (completo).

\_\_\_\_\_

Documento del paciente o responsable.

Firma del médico o profesional de la salud

\_\_\_\_\_

Nombre del médico/profesional (completo).

\_\_\_\_\_

Documento del médico/profesional.