

 <b>GastriCare IPS</b> GASTROCENTRO BOGOTÁ Nit: 900 945 726 - 9	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-17
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
DOCUMENTO		PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL	F. APROBACIÓN: 02/01/2026

## ¿Qué es la ablación de lesión o tejido rectal o anal?

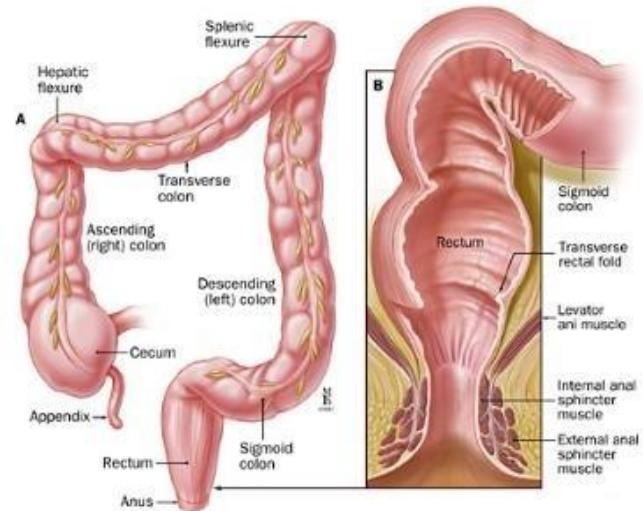
La ablación de lesión o tejido rectal o anal es un procedimiento médico que implica la destrucción controlada de una lesión o tejido anormal en la región rectal o anal. Se utiliza para tratar diversas afecciones, como pólipos, verrugas genitales, lesiones precancerosas o cáncer temprano. La ablación se puede realizar mediante diferentes técnicas, como la electrocauterización.

## Preparación de ablación de lesión o tejido rectal o anal

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 expresa 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.
  - Trascurrido 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 (601), 7433704 o al correo: confirmaciones@gastricareips.com
- EPS Famisanar: Al móvil: 3155114536, o al correo: confirmaciones@gastricareips.com
- Particular: Al móvil 318 4887955 o al correo gastricare.confirmacionespa@gmail.com

 <b>Gastricare IPS</b> <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-38
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL	F. APROBACIÓN: 02/0/2026

**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: **ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL**

**¿QUÉ ES LA ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL?**

La ablación de lesión o tejido rectal o anal es un procedimiento médico que implica la destrucción controlada de una lesión o tejido anormal en la región rectal o anal. Se utiliza para tratar diversas afecciones, como pólipos, verrugas genitales, lesiones precancerosas o cáncer temprano. La ablación se puede realizar mediante diferentes técnicas, como la electrocauterización.

**¿CÓMO DEBO PREPARARME?**

Presentarse con por lo menos 12 horas de ayuno para sólidos y 10 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.

**¿QUE PROPÓSITO TIENE LA REALIZACIÓN DE LA ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL?**

El objetivo principal de este procedimiento es eliminar la lesión o tejido anormal en el área rectal o anal. Esto puede ser necesario para tratar la condición médica subyacente, prevenir la progresión de la enfermedad o aliviar los síntomas

Las lesiones o tejidos anormales en el recto o el canal anal pueden causar molestias, dolor, sangrado, picazón u otros síntomas incómodos. La ablación tiene como objetivo aliviar estos síntomas al eliminar la fuente del problema.

Al eliminar tejidos anormales, se puede reducir el riesgo de complicaciones asociadas, como sangrado rectal recurrente, obstrucción intestinal o infecciones recurrentes. En algunos casos, la ablación puede mejorar el pronóstico general al eliminar lesiones o tejidos que podrían representar un riesgo para la salud a largo plazo.

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

Sangrado: Puede haber un riesgo de sangrado durante o después del procedimiento de ablación, especialmente si se trata de una lesión grande o cerca de vasos sanguíneos importantes.

Infección: Existe un pequeño riesgo de infección después del procedimiento. Sin embargo, se toman precauciones estériles durante el proceso para minimizar este riesgo.

Dolor o molestias: Puedes experimentar dolor o molestias en el área tratada después de la ablación.

Daño a tejidos sanos: Existe un pequeño riesgo de daño a tejidos sanos cercanos a la lesión o tejido tratado durante la ablación, puede haber efectos secundarios no deseados

Estenosis o cicatrización: En algunos casos, la ablación puede llevar a la formación de cicatrices o tejido

 <b>Gastricare IPS</b> <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-38
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL	F. APROBACIÓN: 02/0/2026

cicatricial excesivo en el área tratada, lo que puede causar estrechamiento o estenosis en el recto o el canal anal.

Recurrencia de la lesión: En algunos casos, puede haber una recurrencia de la lesión después de la ablación, especialmente si la lesión es grande o si existen factores de riesgo adicionales.

### AUTORIZACIÓN INFORMADA

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.

Este consentimiento lo extiendo para que durante este procedimiento me sean practicadas 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.

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 actuó 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                  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

 <b>Gastricare IPS</b> <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	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, declaró 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 refiéralo 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.

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

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.