	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-08
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		TEST DE HIDROGENO ESPIRADO	F. APROBACIÓN: 02/01/2026

PREPARACIÓN PRUEBA DE TEST HIDROGENO ESPIRADO

Tener en cuenta para realizarse la prueba:

El test de Hidrógeno espirado es una prueba ambulatoria, indolora, el estudio completo requiere un periodo prolongado de toma de muestras.

Duración:

EL paciente debe disponer del tiempo necesario para completar el estudio que puede ser de (3 a 4 horas). No se requiere de acompañante. (en caso de ser menor de edad si debe acudir con acompañante)

Recomendaciones:

Para realizar la prueba deberá seguir las siguientes indicaciones:


1. Indicaciones (ayuno, dieta y otros).

- Asistir con (12) horas de ayuno al examen.
- Debe hacer dieta SIN AZÚCARES ni FECULAS 24 horas antes de la prueba.
- No consumir ni chicles o caramelos el día de la prueba.
- No fumar el día de su prueba.
- No hacer ejercicio físico intenso durante las 6 horas previas a la prueba, durante la espera se recomienda permanecer sentado.
- Hacer cepillado de dientes, enjuagarse con abundante agua, No tragar pasta dental.
- El día del estudio Ud. no debe usar adhesivos para fijar prótesis dentales removibles.
- En caso de enfermedad gingival o dental conocida, Ud. deberá ser evaluado y tratado con anterioridad por su dentista.

2. Un día antes de la PRUEBA DE TEST HIDROGENO NO PODRA ingerir:

- Embutidos elaborados (jamón cocido, pavo, mortadela, salchichón, salchichas, etc.).
- Leche y productos lácteos (yogures, quesos, mantequillas).
- Cereales, pan, galletas, tostadas, tortas y postres en general.
- Dulces (caramelos, chicles) y mermeladas.
- Legumbres, patata, verduras y vegetales.
- Frutas y zumos de fruta.
- Refrescos.
- Frutos secos.
- Azúcar blanco o moreno ni edulcorantes

El consumo de alguno de estos alimentos puede aumentar la concentración de Hidrógeno en el aire espirado (fermentación de lactulosa de la fibra vegetal) o retardar el ritmo de vaciamiento digestivo, alterando el resultado del estudio.

	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-08
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		TEST DE HIDROGENO ESPIRADO	F. APROBACIÓN: 02/01/2026

2.2 Si puede ingerir:

- Huevos (huevo duro, cocido y frito)
- Embutidos no elaborados (jamón serrano o ibérico).
- Carne, pescado, cordero, pollo
- Agua, té, infusiones sin azúcar, sopas sin vegetales

Tener en cuenta:

Medicamentos y exámenes:

- No podrá estar tomar antibióticos durante cuatro (4) semanas antes de la prueba.
- No podrá estar tomar antiácidos, ni inhibidores de bomba de protones (como omeprazol o pantoprazol), aspirina, laxantes, probióticos ni procinéticos como (domperidona, metoclopramida, mosaprida), durante dos (2) semanas antes de la prueba.
- El test deberá realizarse al menos dos (2) semanas después de haberse realizado una Colonoscopia o preparación de limpieza intestinal por otro motivo como, por ejemplo, TAC abdominal o radiografía de columna o enemas de bario.
- En caso de haber padecido una gastroenteritis aguda durante la semana previa, se deberá aplazar la realización de la prueba por el término de dos semanas.
- El día de la prueba puede tomar medicamentos para la hipertensión arterial e hipotiroidismo.

El día de su examen


- Acudir 15 minutos antes de la hora de su cita, para el proceso de recepción de la cita.
- No portar joyas ni artículos de valor.

El paciente debe disponer del tiempo necesario para completar el estudio.

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

	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-32
			VERSIÓN: 01
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	F. APROBACIÓN: 17/02/2023
TEST DE HIDROGENO ESPIRADO			

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: **TEST DE HIDROGENO ESPIRADO**

¿DE QUÉ SE TRATA EL TEST DE HIDRÓGENO ESPIRADO?

El proceso consiste en soplar en un dispositivo que mide y analiza la cantidad de hidrógeno que contiene el aliento del paciente. La primera medición se realiza en ayuno y posteriormente se le facilita una pequeña cantidad del tipo de azúcar a estudiar (lactosa, sacarosa, sorbitol, fructosa, etc.) disuelto en agua. A partir de este momento se irán tomando muestras de aire regularmente cada 15 a 30 minutos durante 90 a 150 minutos (según el test). Acabado el estudio se le indicará su resultado y en su caso se le dará por escrito una dieta.

¿QUÉ PREPARACIÓN Y CUIDADOS NECESITO PARA LA PRUEBA?

El día anterior a su realización se debe procurar no comer frutas, jugo de frutas, verduras, ni leche. El día de la prueba se debe acudir en ayunas y tampoco se deben masticar chicles ni caramelos al menos 8 horas (excepto agua), no se debe fumar 2 o 3 horas antes del estudio y no haber tomado antibióticos en al menos los 7 últimos días.


Durante la prueba es importante que el paciente adopte siempre la misma posición corporal en todas y cada una de las mediciones del test de carga en ayunas. (importante porque de lo contrario los resultados del test no son correctos.) Las mediciones suelen realizarse en posición sentada y antes de efectuar la medición el paciente debe llevar sentado al menos un minuto.

El usuario debe permanecer tranquilo en la sala de espera, entre las mediciones ya que cualquier actividad física puede alterar los resultados.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y CONSECUENCIAS DE LA PRUEBA?

Las pruebas de hidrógeno expirado no son invasivas, son simples, no generan incomodidad en el paciente, y son el método de primera elección en el diagnóstico de las enfermedades funcionales del intestino. Las siguientes son las aplicaciones más importantes del test de hidrógeno en el aire espirado: síndrome de intestino irritable, intolerancia primaria o secundaria a la lactosa, malabsorción e intolerancia a la fructosa, presunción de intolerancia al sorbitol, presunción de intolerancia al xilitol, intolerancia a la fruta, intolerancia a los dulces o a la miel, intolerancia a los postres y al chocolate, intolerancia a los alimentos sintéticos con el rotulo de “sin azúcar”, sobre crecimiento bacteriano del intestino delgado, y seguimiento de la enfermedad celíaca, y otras enfermedades asociado a la atrofia de las vellosidades.

La exploración no es dolorosa, aunque durante el estudio, si es tolerante, puede presentar síntomas similares a los que ya padece (distensión, gases, movimientos intestinales o diarrea). El procedimiento carece de riesgos relevantes, Una vez realizada la prueba, puede tener las molestias de la intolerancia

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>Nit: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-32
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 01
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		TEST DE HIDROGENO ESPIRADO	
			F. APROBACIÓN: 17/02/2023

durante varias horas, pero estas son generalmente pasajeras y puede volver a su actividad normal.

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.

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