 <b>GastriCare IPS</b> <small>GASTROENTEROLOGÍA</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-01</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN 03</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>RECTO O PROCTOSIGMOIDOSCOPIA</b>	
			<b>F. APROBACIÓN: 02/01/2026</b>

Estimado usuario, usted será sometido a una colonoscopia total o una rectosigmoidoscopia, este procedimiento consiste en la inspección interna de su colon o parte de él, para facilitar el procedimiento y lograr un diagnóstico más acertado debe tener en cuenta la presente preparación.

## IMPORTANTE

Una semana antes al examen **NO DEBE CONSUMIR GRANADILLA NI PITAYA.**

### Día previo a la Colonoscopia:


Dieta líquida sin residuo, Puede consumir a tolerancia: Te, aromáticas, agua de panela si no es diabético, (jugos muy bien colados y en agua, sin lácteos, colorantes ni semillas, evitar pitaya, maracuyá y granadilla), durante el día puede consumir consomés).

Tomar dos (2) tabletas de Bisacodilo 5mg (Dulcolax) a las 10:00 A.M. y dos (2) tabletas a las 2:00 P.M.

Ocho (8) horas antes de la cita programada para el procedimiento de colonoscopia, diluir una bolsa de MANITOL de 500ml (solución inyectable), en medio litro de jugo bien colado (no debe tener nada de fibra), para así dar un total de un litro (1000ml) de preparación.

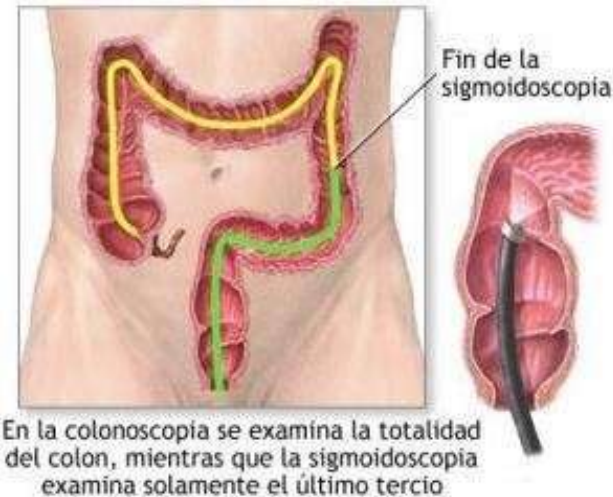
Este litro debe ingerirlo de la siguiente manera:

- Tomar un vaso de (250ml), cada 15 minutos durante una hora, hasta terminar la preparación.
- Tomar cuatro (4) vasos de agua cada 15 minutos durante una hora.

 <b>GastriCare IPS</b> <small>GASTROENTEROLOGÍA BOGOTÁ</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-01</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN 03</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>RECTO O PROCTOSIGMOIDOSCOPIA</b>	<b>F. APROBACIÓN: 02/01/2026</b>

## INFORMACIÓN GENERAL PARA REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA


1. Acudir el día de su colonoscopia con ayuno de por lo menos (08) ocho horas.
2. 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.
3. 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.
4. Tomar el medicamento de la tensión con mínima cantidad de agua, 08 horas antes de su cita o tomarlo después del finalizar el procedimiento.
5. Como el procedimiento es bajo sedación, debe asistir con un acompañante y disponer de 01 hora, tiempo que puede demorar todo el procedimiento.
6. Llevar las uñas sin esmalte, evitar llevar objetos de valor (joyas, manillas, reloj, celular, billetera etc.).
7. Llevar resultados de exámenes, anteriores si los tiene.
8. Asistir con ropa cómoda, (preferiblemente no tacones, fajas)
9. 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 (601), 7433704 o al correo: [confirmaciones@gastricareips.com](mailto:confirmaciones@gastricareips.com)
- EPS Famisanar: Al móvil: 3155114536, o al correo: [confirmaciones@gastricareips.com](mailto:confirmaciones@gastricareips.com)
- Particular: Al móvil 318 4887955 o al correo [gastricare.confirmacionespa@gmail.com](mailto:gastricare.confirmacionespa@gmail.com)

 <p><b>GastricCare IPS</b> GASTROENTEROLOGÍA NIT: 900 945 726 - 9</p>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-19
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 03
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		RECTOSIGMOIDOSCOPIA O PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	F. APROBACIÓN: 02/01/2026

#### 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: **RECTOSIGMOIDOSCOPIA O**

#### **PROCTOSIGMOIDOSCOPIA**

#### ¿QUÉ ES LA COLONOSCOPIA?

Es una exploración que permite la observación detallada del interior del colon y del recto con un **colonoscopio**, un tubo flexible del grosor de un dedo que tiene una luz y una pequeña cámara de video en uno de sus extremos. Se introduce por el ano y se lleva hasta el recto y el colon. Se pueden pasar instrumentos especiales a través del colonoscopio para tomar una biopsia (muestra) o para extirpar cualquier área de apariencia sospechosa, como pólipos, si es necesario.

#### ¿CÓMO DEBO PREPARARME?

La colonoscopia requiere una preparación previa que ya se le ha indicado, y que es muy importante, ya que de no estar correctamente preparado el colon, en ocasiones no se puede realizar la prueba y es necesario citarle otro día.

Aunque seguramente ya se le habrá solicitado, debe indicar a su médico si tiene alguna alergia, o si padece de alguna enfermedad cardiopulmonar. También es muy importante que nos notifique con anterioridad a la exploración si toma habitualmente anticoagulantes (por ejemplo, Apixaban), antiagregantes (por ejemplo: clopidogrel etc.) o antiinflamatorios (por ejemplo: Voltarén etc., Aspirina u otros medicamentos que contengan ácido acetilsalicílico) o si es portador de una prótesis cardíaca.


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.

#### ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES?

- Durante el procedimiento de colonoscopia puede producir, de forma excepcional, algunas complicaciones, tales como dolor abdominal, perforación, hemorragia o alteraciones cardio-respiratorias, que en algún caso pueden requerir ingreso en la Clínica e incluso cirugía urgente.
- Sangrado. Si se extirpa un pólipo o le hacen una biopsia durante la colonoscopia, podría notar algo de sangre en sus heces uno o dos días después de la prueba. No es común tener un sangrado grave, pero en raros casos, el sangrado podría requerir tratamiento o hasta poner en peligro la vida.
- Perforación (orificio en la pared del colon o del recto). Una perforación es infrecuente, pero podría ser una complicación que ponga en peligro la vida, y se podría requerir la reparación del orificio mediante cirugía.
- Reacciones a la anestesia

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

	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-19
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 03
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		RECTOSIGMOIDOSCOPIA O PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	
			F. APROBACIÓN: 02/01/2026

hubieran estado en cuarentena por COVID-19 o gente proveniente de los continentes o regiones del país donde circula activamente el virus.

Se me ha explicado que en la actualidad no hay información médica concluyente sobre el riesgo de adquirir la enfermedad COVID-19 durante un procedimiento endoscópico; sin embargo, 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.

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

 <p><b>GastricCare IPS</b> GASTROCENTRO BOGOTÁ NIT: 900 945 726 - 9</p>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-09
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 03
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		SEDOANALGESIA	F. APROBACIÓN: 02/01/2026

#### 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: \_\_\_\_\_,

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.

	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-09
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 03
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		SEDOANALGESIA	
			F. APROBACIÓN: 02/01/2026

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 ESEUTA</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO: AA-F-10</b>
			<b>VERSIÓN: 03</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>F. APROBACIÓN:</b> <b>02/01/2026</b>
	<b>VENOPUNCIÓN</b>		

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.  
 O como acudiente responsable del paciente: \_\_\_\_\_.

### OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

**Tener una vía de acceso para administración de medicamentos o líquidos endovenosos**

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

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

**RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO.** Los más frecuentes descritos son:

- Leve dolor y ardor en el sitio de inserción de la aguja, que ceden al retirarla
- Hematomas(morados) pequeños que se mejoran espontáneamente y/ o con la aplicación inicial de hielo y paños de agua tibia
- Nauseas, vomito y desmayos antes o durante la punción de los cuales se recuperará rápidamente
- .Sangrado más prolongado de lo esperado (especialmente si toma anticoagulantes o aspirina). Para controlarlo debe hacer presión suave en el sitio de punción con un algodón seco por unos 2-5 min.

**RIESGOS PARTICULARES:** están relacionados con las condiciones propias del paciente (antecedentes, enfermedad actual) Son infrecuentes, de darse requieren valoración médica:

- Hematomas que una gran área del brazo puncionado.
- Extravasación del medicamento
- Intenso dolor y sensación tipo “corrientazo” y hormigueo que puede presentarse inmediatamente u horas después del procedimiento.
- Infección en el sitio de punción que se manifiesta por fiebre, enrojecimiento, calor, dolor y disminución de la movilidad del brazo afectado.

### 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.