

 <b>Gastricare IPS</b> <small>SANITAS - FAMISANAR</small> <small>NºTEL: 800 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-16
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		RESECCIÓN DE HEMORROIDES	F. APROBACIÓN: 02/01/2026

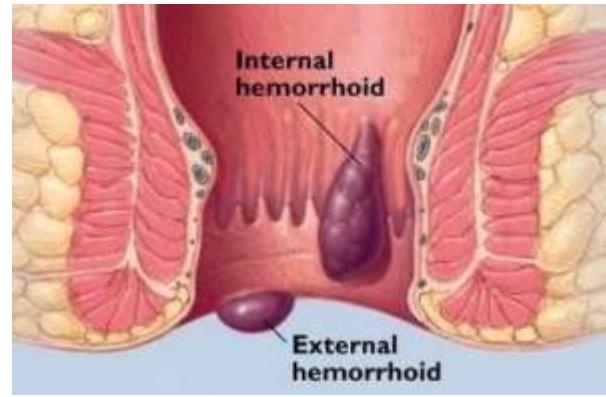
## ¿RESECCIÓN DE HEMORROIDES?

Las Hemorroides son vasos sanguíneos que siempre existen (nacemos con ellas) están encargadas del drenaje e irrigación de la región anal, a las que están ubicadas en la piel que rodea el ano se les llaman (Hemorroides Externas) a las que se ubican en el canal anal se les llaman (Hemorroides Internas).

### Preparación.

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.

- Acudir el día de su resección de hemorroides con ayuno de por lo menos con 24 horas de ayuno para sólidos y 10 horas de ayuno para líquidos.
- La noche anterior a la realización del procedimiento, deberá ponerse el primer ENEMA TRAVAD Solución Rectal 133 ml.
- Dos horas antes el día del procedimiento, se pondrá el segundo ENEMA TRAVAD.
  - Para ponerse el enema, se debe colocar sobre el costado izquierdo con las piernas flexionadas.
  - Despues 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.
  - Trascurrido este tiempo ya puede pasar al baño para evacuar.



- 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.
- 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.
- Como el procedimiento es bajo sedación, debe asistir con un acompañante y disponer de 01 hora, tiempo que puede demorar todo el procedimiento.
- Llevar las uñas sin esmalte, evitar llevar objetos de valor (joyas, manillas, reloj, celular, billetera etc.).
- Asistir con ropa cómoda, (preferiblemente no tacones, fajas)
- Despues del examen no podrá conducir ningún tipo de vehículo automóvil, moto, Etc.

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>GASTROENDOSCOPIA DIGITAL</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-37
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 01
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		RESECCIÓN DE HEMORROIDES	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: \_\_\_\_\_,

Autorizo al especialista, para la realización del procedimiento: **RESECCIÓN DE HEMORROIDES**

#### ¿RESECCIÓN DE HEMORROIDES?

Las Hemorroides son vasos sanguíneos que siempre existen (nacemos con ellas) están encargadas del drenaje e irrigación de la región anal, a las que están ubicadas en la piel que rodea el ano se les llaman (Hemorroides Externas) a las que se ubican en el canal anal se les llaman (Hemorroides Internas).

El síntoma más común de las hemorroides es el sangrado rojo brillante por el ano, ya sea junto con las heces o en forma de gotas en el inodoro si las hemorroides externas además del sangrado habrá una masa dolorosa en la región anal, lo cual estará ausente en las hemorroides internas donde el dolor no está presente, es leve o solo serán molestias.

#### ¿CÓMO DEBO PREPARARME?

Presentarse con por lo menos 24 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.

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

Las hemorroides se clasifican en grados que van desde el Grado I (Las que sobresalen en la luz del ano, pero no se exteriorizan) hasta el Grado IV (Las que se encuentran prolapsadas de forma permanente no siendo posible la reducción manual). Una de las complicaciones más frecuente de las hemorroides lo constituye la trombosis hemorroidal la que requiere de un drenaje inmediato del coágulo o trombo de sangre que se ha formado, es una cirugía rápida, ambulatoria.

El paciente puede presentar

- **Dolor:** Es normal y el más común, aliviado con baños de asiento y analgésicos.
- **Sangrado:** Puede ocurrir durante o después de la cirugía, a menudo cuando se cae el coágulo, y suele ser leve.
- **Infección:** Riesgo bajo, puede causar fiebre.
- **Retención urinaria:** Dificultad para orinar, a veces por espasmos musculares.
- **Edema anal:** Inflamación alrededor del ano.

 <b>Gastricare IPS</b> <small>GASTROENDOSCOPIA BOGOTÁ NIT: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-37
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 01
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		RESECCIÓN DE HEMORROIDES	F. APROBACIÓN: 23/02/2023

En forma infrecuente es posible que ocurra una perforación (ruptura).

### 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 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 refiérale 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>Gastricare IPS</b> <small>GASTROCLINICO BOGOTÁ 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

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 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>GASTROENDOSCOPIA BUCAL</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-10
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		VENOPUNCIÓN	F. APROBACIÓN: 23/02/2023

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 punctionado.
- 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 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  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.