 <p>Gastricare IPS CALIBRE EN SU BÚTICA TEL: 900 945 726 - 9</p>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-14 VERSIÓN 01
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA	F. APROBACIÓN: 26/03/2026

¿Qué es la escisión de lesión o tejido perianal vía abierta?

Se trata de la eliminación quirúrgica de las verrugas mediante sección o electrocoagulación.

La fulguración o electro cauterización de condilomas o verrugas genitales a través de la cauterización ya sea por frío (con nitrógeno) o por calor (con bisturí eléctrico), eliminando estos condilomas, el tratamiento puede variar dependiendo del tamaño de los condilomas y la cantidad que se presente.

Preparación de lesión o tejido perianal vía abierta

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. **2 horas antes de su procedimiento.**
 - 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 (601) 743 37 04, o al correo: confirmaciones@gastricareips.com
- **EPS Famisanar:** Al móvil: 3155114536, o al correo: gastricare.confirmacionespa@gmail.com

 <p>GastriCare IPS GASTROENTEROLOGÍA Nit: 900 945 726 - 9</p>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-33
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA	

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.

Soy acudiente responsable del paciente: _____,

identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: _____,

Autorizo al Especialista, para la realización del procedimiento: **ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA**

¿QUÉ ES LA ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA?

Se trata de la eliminación quirúrgica de las verrugas mediante sección o electrocoagulación. La fulguración o electrocauterización de condilomas o verrugas genitales a través de la cauterización ya sea por frío (con nitrógeno) o por calor (con bisturí eléctrico), eliminando estos condilomas, el tratamiento puede variar dependiendo del tamaño de los condilomas y la cantidad que se presente.

¿QUE PROPÓSITO TIENE LA REALIZACIÓN DE LA ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA?

Eliminación quirúrgica de las verrugas, mediante electrocoagulación.


¿CUALES SON LOS POSIBLES 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. Al extirpar una verruga, 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.
- Reacciones a la sedación.

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.

 GastriCare IPS <small>GASTROCENTRO BOGOTÁ</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-33
			VERSIÓN: 02
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA	F. APROBACIÓN: 26/03/2026

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.

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.


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

 <p>GastriCare IPS GASTROENTEROLOGÍA Nit: 900 945 726 - 9</p>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-33
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA	
		F. APROBACIÓN: 26/03/2026	

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.
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

 <p>GastriCare IPS GASTROENTERO BOGOTÁ Nit: 900 945 726 - 9</p>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO: AA-F-33
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA	

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.