 <b>Gastricare IPS</b> <small>ESTABLECIMIENTO SUOYITA</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-02</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>VIDEOCAPSULA</b>	<b>F. APROBACIÓN: 26/03/2026</b>

## INFORMACIÓN GENERAL PARA REALIZACIÓN DE VIDEOCAPSULA

1. Acudir el día de su videocapsula 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. Tomar el medicamento de la tensión con mínima cantidad de agua, 08 horas antes de su cita, o tomarlo después de finalizar el procedimiento.
6. Como el procedimiento es bajo sedación, debe asistir con un acompañante y disponer de 01 hora, tiempo que puede demorar todo el procedimiento.
7. Llevar las uñas sin esmalte, evitar llevar objetos de valor (joyas, manillas, reloj, celular, billetera etc.).
8. Llevar resultados de exámenes anteriores, si los tiene.
9. Asistir con ropa cómoda, (preferiblemente no tacones, fajas)
10. Después del examen no podrá conducir ningún tipo de vehículo automóvil, moto, Etc.




En la colonoscopia se examina la totalidad del colon, mientras que la sigmoidoscopia examina solamente el último tercio

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](mailto:confirmaciones@gastricareips.com)
- **EPS Famisanar:** Al móvil: 3155114536, o al correo: [gastricare.confirmacionespa@gmail.com](mailto:gastricare.confirmacionespa@gmail.com)

 <b>Gastricare IPS</b> <small>ESTABLECIMIENTO ESPECIALIZADO</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-02</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>VIDEOCAPSULA</b>	<b>F. APROBACIÓN: 26/03/2026</b>

Estimado usuario, usted será sometido a una VIDEOCAPSULA, 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:**

**PREPARACIÓN INTESTINAL PARA VIDEOCAPSULA MEDICAMENTO: NULYTELY, KLEAN PREP, CLEAROVAC.**

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

- Para la preparación usted debe contar con una caja de 4 sobres de Polietilenglicol (Nulytely, Klean Prep, Clearovac). Cada sobre de (105 gramos) se prepara en un litro de agua pura y por separado.
- Si desea, puede refrigerar antes de consumirlo para así darle un mejor sabor.


**EL DÍA ANTERIOR AL EXAMEN:**

- El día anterior al examen puede desayunar (consomé o aromática con galletas de soda).
- Después del desayuno solo tomar consomé y jugos (sin leche y que no sean de color rojo).

**Inicie la ingesta así:**

- **Primer litro:** Inicie ingesta a las **6:00 pm** de Nulytely, un vaso cada 15 minutos
- **Segundo Litro:** Inicie la ingesta hacia las **7:00 pm** de Nulytely, un vaso cada 15 minutos.
- **Tercer litro:** Inicie la ingesta a las **8:00 pm** de Nulytely, un vaso cada 15 minutos.
- **Cuarto litro:** Inicie la ingesta a las **9:00 pm** de Nulytely, un vaso cada 15 minutos.

**SI LA VIDEOCAPSULA se encuentra programada para las horas de la tarde, la preparación con el laxante la inicia: DIEZ HORAS ANTES de la hora programada de su procedimiento (Recuerde diluir cada sobre en un litro de agua y realizar la toma por hora y un vaso cada 15 minutos)**


 <b>GastriCare IPS</b> <small>ESTABLECIMIENTO BUENA VISTA</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-02</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>VIDEOCAPSULA</b>	

## PREPARACIÓN INTESTINAL PARA VIDEOCAPSULA MEDICAMENTO: IZINOVA

Examen en la **MAÑANA** (cita entre 7:00 a.m. y 1:30 p.m.)

Usted debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Dos (2) días antes del examen (Dieta baja en residuos):
  - No debe comer los siguientes alimentos: pan integral, cereal, avena, cebada, quinua, frutos secos, frutas con semillas (guayaba, granadilla, pitaya, patilla, etc.) o cáscara, vegetales crudos, frijoles, lentejas, maíz o garbanzos.
  - Tomar abundantes líquidos.
  - Evitar bebidas alcohólicas, lácteos y sus derivados.
- Un (1) día antes del examen (Dieta líquida clara):
  - Tomar abundantes líquidos que no sean de color oscuro, rojo, marrón o morado.
  - No debe comer alimentos sólidos, grasosos y que contengan fibra como: frutas, verduras, linaza, semillas, colorantes, condimentos, gelatina roja o morada.
  - Desayuno: galletas de soda, aromática o agua de panela.
  - Almuerzo: puedes tomarte un caldo/consomé de pollo o carne, sin grasa y pasado por el colador o, sopa de pastas sin papa.
  - Durante la tarde debes tomar mucha agua y otros líquidos como jugos de sobre de color claro y bebidas hidratantes de color claro. Gelatina (piña, naranja o limón).
  - Comida: entre las 6:00 y 7:00 p. m. únicamente puedes tomar líquidos, no sólidos. Por ejemplo, consomé pasado por colador.
  - Con esta alimentación, sus heces deben ser completamente líquidas de color claro y sin residuos.
- La noche anterior al examen:
  - A las 7:00 p.m. deberá tomar completamente, el primer frasco de IZINOVA.
  - A las 9:00 p.m. deberá tomar completamente, el segundo frasco de IZINOVA.
  - **Esta preparación debe finalizar 8 horas antes de su examen.**
- Si su procedimiento es **después de las 2PM**:
  - Tomar el primer frasco de **IZINOVA** a las 6 am **el día del examen** y posterior a esto tomar en lo posible 2 litros de las bebidas anteriormente mencionadas, agua y suero oral.
  - El segundo frasco de **IZINOVA** comenzar a ingerirlo a las 7am **el día del examen** y posterior a esto tomar en lo posible 2 litros de las bebidas anteriormente mencionadas hasta las 10 am.
  - De esta hora en adelante guardar completo AYUNO (no comer, ni tomar nada)

 <p>Gastricare IPS CALIFICACION BUENA NIT: 900 945 726 - 9</p>	MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA	CÓDIGO AA-I-02
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	VERSIÓN 02
	DOCUMENTO	PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		VIDEOCAPSULA	F. APROBACIÓN: 26/03/2026

- **IMPORTANTE:** a las 6 am tomar un pocillo de aguapanela con galletas de soda.

Dentro del kit de IZINOVA para la preparación intestinal está provisto de una copa dosificadora, úsela y siga estas instrucciones:



**1.** Vierta el contenido del frasco de IZINOVA® en la copa que viene con el kit.



**2.** Adicione agua hasta alcanzar el nivel de la línea demarcada en copa.

1/2 - 1hr




**3.** Durante los siguientes 30 a 60 minutos consuma despacio todo el contenido de la copa.



**4.** **IMPORTANTE:** Consuma dos copas más, llenas hasta la línea demarcada con agua o algún líquido claro a lo largo de las siguientes horas.

**Repita los pasos 1 al 4 para la segunda dosis**

- El día del examen:
  - 8 HORAS ANTES DEL EXAMEN, AYUNO ABSOLUTO, no puede beber, ni comer, ni fumar, ni mascar chicle en las 8 horas previas al examen.
  - Los medicamentos para la presión, el corazón, tiroides o convulsiones debes tomarlos en el horario habitual, mínimo 2 horas antes del examen con un sorbo de agua.
  - Vístase con ropa suelta y zapatos cómodos.
  - No traer uñas maquilladas.
  - Si tiene dentadura postiza y/o lentes de contacto retirarlos antes del examen.
  - Debe de presentarse al examen con un (1) acompañante ADULTO.

 <b>Gastricare IPS</b> <small>ESTABLECIMIENTO SUOYSA</small> <small>NIT: 900 945 726 - 9</small>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-02</b>
			<b>VERSIÓN 02</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>F. APROBACIÓN:</b>
	<b>VIDEOCAPSULA</b>	<b>26/03/2026</b>	

## **PREPARACIÓN INTESTINAL PARA VIDEOCAPSULA MEDICAMENTO: MANITOL**

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

### **Día previo a la VIDEOCAPSULA:**


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, 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.

 <p><b>Gastricare IPS</b> CALIFICACION BUENA NIT: 900 945 726 - 9</p>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-02</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>VIDEOCAPSULA</b>	<b>F. APROBACIÓN: 26/03/2026</b>

## PREPARACIÓN INTESTINAL PARA VIDEOCAPSULA MEDICAMENTO: TRAVAD

PREPARARSE DE LA SIGUIENTE MANERA PARA EL PROCEDIMIENTO

<p><b>DOS (2) DÍAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO REALIZAR DIETA BLANDA BAJA EN RESIDUOS</b></p>	<p><b>UN (1) DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO REALIZAR DIETA LÍQUIDA CLARA.</b></p>
<p><b>PUUEDE CONSUMIR:</b> sopa de fideos, pollo y pescado a la plancha, arroz blanco, papa cocida sin cascara, pure de papa (sin mantequilla, ni lácteos), gelatinas de color claro, y jugo de manzana colado.</p> <p><b>NO DEBE CONSUMIR:</b> Carnes rojas, granos (lenteja, frijol, garbanzos, maíz etc.) frutas con semillas, frutos secos, verduras, lácteos, avena y alimentos integrales.</p>	<p><b>PUUEDE CONSUMIR:</b> Consomé de carne o pollo (colado- sin residuo), té, agua de panela, café (claro, sin leche), aromática, gelatinas y jugos claros sin leche, sales de rehidratación oral de coco o manzana verde.</p> <p><b>NO DEBE CONSUMIR:</b> lácteos, bebidas rojas u oscuras, gaseosas, y bebidas alcohólicas.</p>


**Nota:** Si el paciente sufre de estreñimiento debe iniciar dieta blanda baja en residuos 3 días antes al examen.

**PARA LA PREPARACION SE REQUIERE UNO (1) DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:**







**OPCION 1: PREPARACION PARA EL EXAMEN CON TRAVAD COLONPEG, LA CAJA CONTIENE 4 SOBRES.**

<p><b>PROCEDIMIENTO EN LA MAÑANA (DE 7:00 AM A 12:00 PM)</b></p> <p><b>UN DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>Paso 1.</b> A las 5: 00 pm Disolver 2 sobres de <u>Travad Colonpeg</u> en 2 litros de agua a temperatura ambiente hasta lograr una mezcla homogénea y manténgalos refrigerados.</p> <p><b>Paso 2.</b> A las 5: 15 pm iniciar la toma de la preparación, tomar un vaso de la mezcla cada 15 minutos, hasta completar toda la toma (2 litros), debe terminar aproximadamente a las 7: 15 p.m.</p> <p><b>Paso3.</b> A las 10: 00 p.m. Disolver los otros 2 sobres de <u>Travad Colonpeg</u> en 2 litros de agua a temperatura ambiente hasta lograr una mezcla homogénea y manténgalos refrigerados.</p> <p><b>Paso 4.</b> A las 10:15 p.m. iniciar la toma de la preparación, tomar un vaso de la mezcla cada 15 minutos, hasta completar toda la toma (2 litros), debe terminar aproximadamente a las 12: 15 a.m.</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO EN LA TARDE (DESPUES DE LAS 12 :00 PM)</b></p> <p><b>UN DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>Paso 1.</b> A las 7: 00 pm Disolver 2 sobres de <u>Travad Colonpeg</u> en 2 litros de agua a temperatura ambiente hasta lograr una mezcla homogénea y manténgalos refrigerados.</p> <p><b>Paso 2.</b> A las 7:15 p.m. iniciar la toma de la preparación, tomar un vaso de la mezcla cada 15 minutos, hasta completar toda la toma (2 litros), debe terminar aproximadamente a las 9: 15 P.m.</p> <p style="text-align: center;"><b>DIA DEL PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>Paso3.</b> A las 5:00 AM Disolver los otros 2 sobres de <u>Travad Colonpeg</u> en 2 litros de agua a temperatura ambiente hasta lograr una mezcla homogénea y manténgalos refrigerados.</p> <p><b>Paso 4.</b> A las 5:15 a.m. iniciar la toma de la preparación, tomar un vaso de la mezcla cada 15 minutos, hasta completar toda la toma (2 litros), debe terminar aproximadamente a las 7: 15 a.m.</p>
--	---

- Debe tomar líquidos claros entre las tomas de la preparación (jugos claros colados, aromáticas, gelatina de color claro, consomé colado sin grasa y sin residuos).
- Si tiene nauseas o vomito durante la ingesta de la mezcla suspenderla por 1 hora y reiniciarla cuando se sienta mejor.
- Consumir la mezcla en su totalidad
- Estará bien preparado cuando la deposición sea líquida, de color amarillo claro (como la orina).

 <p><b>GastriCare IPS</b> CALIFICACIONES BUENAS NIT: 900 945 726 - 9</p>	<b>MACROPROCESO</b>	<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	<b>CÓDIGO AA-I-02</b>
	<b>PROCESO</b>	<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>
	<b>DOCUMENTO</b>	<b>PREPARACIÓN PROCEDIMIENTO</b>	<b>ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL</b>
		<b>VIDEOCAPSULA</b>	<b>F. APROBACIÓN: 26/03/2026</b>


**OPCION 2: PREPARACION PARA EL EXAMEN CON TRAVAD PIK, LA CAJA CONTIENE 2 SOBRES Y UN VASO DOSIFICADOR**

PROCEDIMIENTO EN LA MAÑANA	PROCEDIMIENTO ES EN LA TARDE (DESPUES DE LAS 12 :00 PM)
<p><b>UN DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>Paso 1:</b> A las 6:00 pm tomar el primer sobre de Travad PIK, para prepararlo llene el vaso dosificador con agua al clima hasta la línea más baja indicada en el vaso (150ml). Vierta el contenido de un sobre, mezcle durante 3 minutos y tome el contenido del vaso</p>  <p><b>Paso 2:</b> Tomar 7 vasos de líquido claro como: agua, sales de rehidratación oral (Hidraplus de coco o manzana verde), té y aromáticas cada 15 minutos</p>  <p>6:15 pm 6:30 pm 6:45 pm 7:00 pm 7:15 pm Adicionar 2 vasos más de agua (7:30 y 7:45).</p> <p><b>Paso 3:</b> a las 11:00 pm tomar el segundo sobre de Travad PIK, para prepararlo repita el mismo proceso del primero.</p> <p><b>Paso 4:</b> Tomar 5 vasos de líquido claro como: agua, sales de rehidratación oral (Hidraplus de coco o manzana verde), té y aromáticas cada 15 minutos</p>  <p>11:15 pm 11:30 pm 11:45 pm 12:00 am 12:15 am</p>	<p><b>UN DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>Paso 1:</b> A las 9:00 pm tomar el primer sobre de Travad PIK, para prepararlo llene el vaso dosificador con agua al clima hasta la línea más baja indicada en el vaso (150ml). Vierta el contenido de un sobre, mezcle durante 3 minutos y tome el contenido del vaso</p>  <p><b>Paso 2:</b> Tomar 7 vasos de líquido claro como: agua, sales de rehidratación oral (Hidraplus de coco o manzana verde), té y aromáticas cada 20 minutos</p>  <p>9:15 pm 9:30 pm 9:45 pm 10:00pm 10:15 pm Adicionar 2 vasos más (10:30 p.m y 10: 45 p.m.).</p> <p><b>DIA DEL PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>Paso 3:</b> a las 5:00 am tomar el segundo sobre de Travad PIK, para prepararlo repita el mismo proceso del primero.</p> <p><b>Paso 4:</b> Tomar 5 vasos de líquido claro como: agua, sales de rehidratación oral (Hidraplus de coco o manzana verde), té y aromáticas cada 15 minutos</p>  <p>5:15 am 5:30 am 5:45 am 6:00am 6:15 am</p>

- Debe tomar gran cantidad de líquidos claros entre las tomas de la preparación (jugos claros colados, aromáticas, gelatina de color claro, consomé colado sin grasa y sin residuos).
- Estará bien preparado cuando la deposición sea totalmente líquida, de color amarillo claro (como la orina).


**IMPORTANTE:**

- El día del examen debe presentarse con 6 horas de ayuno.
- Si consume hipoglucemiantes orales (medicamentos para el azúcar) o se aplica insulina, no debe suministrar estos medicamentos el día del examen.
- El día del examen debe llevar ropa cómoda, uñas desmaquilladas, y asistir acompañado de un mayor de edad.
- Documentos para anexar: orden médica y autorización vigente, fotocopia de la cédula y carné, exámenes anteriores si tiene.
- Si usted tiene enfermedades de base como hipertensión o hipotiroidismo debe tomarse los medicamentos con una copita de agua, como máximo a las 05:00 am, así su examen sea en la mañana o en la tarde.
- Si usted tiene antecedentes de insuficiencia cardiaca, renal, desequilibrio hidroelectrolítico, obstrucción intestinal, está embarazada o alguna otra condición clínica especial, debe consultar antes del examen y advertirlo al médico remitente o a quien ordena el estudio. Igualmente, si tiene algún tratamiento para, diabetes, anticoagulación u otra condición especial consulte al médico con anticipación.

	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-20
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA	Fecha de actualización: 2026-03-26
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA

Fecha: Día -----Mes-----Año----- Hora:						
<b>1. DATOS DEL PACIENTE:</b>						
Nombres y Apellidos del paciente:						
Identificación:		Tipo:		Número :		
Edad:		DIAS		MESES		AÑOS
Condición particular:		Menor de edad:	SI	NO	Discapacidad cognitiva:	
						SI
						NO
<b>2. DIAGNÓSTICO</b>						
<b>3. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>						
VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA						
<b>4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:</b>						
<p>La técnica a la que va a someterse consiste en la filmación del intestino delgado mediante una microcámara de vídeo que se traga como un comprimido, y a la que denominamos concretamente videocápsula. Sirve para el diagnóstico de enfermedades del intestino delgado. No sirve para la toma de biopsias ni para hacer tratamientos.</p> <p>La técnica exige que el paciente de pie o sentado, directamente o con algún tipo de ayuda, trague la cápsula. Las imágenes son transmitidas por ondas a unos sensores adheridos a la piel del abdomen o situados en un cinturón especial. Están conectados a un sistema de grabación, similar a un Walkman, que almacena todas las imágenes. Finalizada la exploración, habitualmente transcurridas más de ocho horas, se conecta a una estación de trabajo que permitirá el procesamiento de todos los datos. La cápsula es desechable y será excretada de forma natural por los movimientos intestinales. Se le pedirá que guarde ayuno desde la noche anterior y que el día previo sólo tome dieta líquida y en ocasiones un purgante. Tras un breve período de observación después de la ingestión de la cápsula podrá abandonar el hospital y realizar sus actividades normales. Transcurrido el tiempo establecido, acudirá de nuevo a la consulta para que se le retire el cinturón con el grabador.</p>						
<b>5. PROPOSITO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR:</b>						
Durante la exploración la tolerancia es por lo general muy buena presentando sólo las molestias derivadas de portar la grabadora de imágenes.						
<b>6. ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO:</b>						
Fundamentalmente mediante técnicas radiológicas (tránsito gastrointestinal, enema opaco, TAC colonografía, TAC, RMN o entero RMN) y otros procedimientos que se le explican al paciente, es posible estudiar el intestino aunque generalmente de manera indirecta y menos completa.						
<b>7. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN:</b>						
Durante la exploración la tolerancia es por lo general muy buena presentando sólo las molestias derivadas de portar la grabadora de imágenes.						
<b>8. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN:</b>						
La no realización del procedimiento puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento.						
<b>9. RIESGOS FRECUENTES:</b>						
Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.						

	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-20
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA	Fecha de actualización: 2026-03-26
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

Pueden presentarse efectos indeseables aunque excepcionales, como dificultad para la ingestión de la cápsula, dolor abdominal y vómitos.

**10. RIESGOS POCO FRECUENTES:**

La más importante es la obstrucción intestinal provocada por la existencia de una estrechez en la luz del intestino o, en menor medida, la retención de la cápsula por la imposibilidad de la evacuación con la defecación. En esta situación es necesaria una enteroscopia o una intervención quirúrgica para extraer la cápsula, solucionando en muchas ocasiones la enfermedad que motivó la realización del estudio. La ausencia de lesiones en el estudio radiológico con bario no asegura que la cápsula progrese correctamente.

**11. RIESGOS INHERENTES AL PACIENTE (INDIVIDUALIZADOS):**

Ser portador de marcapasos. En el caso de presentarse complicaciones, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia respiratoria y el infarto agudo de miocardio reciente incrementan el riesgo. El retiro parcial o total de los elementos de grabación antes del tiempo establecido también es un riesgo, este hecho haría que el examen quede incompleto, se suspenda la grabación y la utilidad de la videocámara se pierda.

**12. PROFESIONAL QUE INFORMA:** ("Para procedimiento electivo debe ser diligenciado por el médico tratante. Lo anterior preservando la relación médico paciente fundamentado en la confianza, el concepto de humanización y el derecho a la autonomía" En casos de urgencia, el médico de turno.)

Nombre(s) y Apellido(s) \_\_\_\_\_ Registro No. \_\_\_\_\_

**13. DECLARACION DEL PACIENTE:**

Se me ha explicado que \_\_\_\_\_ (nombre de la IPS), es un hospital universitario, por lo cual autorizo SI ---- NO-----la participación del personal en formación en el equipo asistencial que estará a cargo de mi proceso de atención, siendo éste responsabilidad absoluta del profesional tratante.

Autorizo SI ---- NO----- que durante mi proceso de atención se tomen videos y/o fotografías.

**14. DECLARACIÓN DE SATISFACCIÓN Y ENTENDIMIENTO CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA:**

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,

**15. EXTENSIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO:**

Este consentimiento lo extiendo para que durante este acto quirúrgico me sean practicados los procedimientos, o 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.


**16. ACEPTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

Teniendo plena conciencia de que soy mayor de 18 años, que padezco la enfermedad o patología informada por el médico; que la realización de este procedimiento es la mejor alternativa para el tratamiento de mi motivo de consulta, luego de leer y comprender el contenido del presente documento y declarar que no he omitido nada acerca de mi salud, autorizo al profesional designado por \_\_\_\_\_ (nombre de la IPS) para que me realice el procedimiento o procedimientos señalados en la primera parte, así mismo, las actividades ejecutadas por el personal de apoyo que este disponga.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del profesional que informa: \_\_\_\_\_ Registro No.: \_\_\_\_\_

	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Código: AA-F-20
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA	Fecha de actualización: 2026-03-26
	Elaborado por: Grupo Asistencial	Versión: 01

Especialidad: \_\_\_\_\_

El presente consentimiento se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**17. CONSENTIMIENTO INFORMADO DELEGADO:** *(Este numeral debe ser diligenciado por el representante legal del paciente cuando éste no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva)).*

Dado que el beneficiario de los procedimientos es considerado incapaz para tomar o rechazar la decisión o dar su consentimiento para ejecutar la exploración o procedimiento descrito, el profesional me ha explicado, en mi calidad de representante legal, en forma clara, expresa y satisfactoria en qué consiste el procedimiento, qué es, cómo se hace, para qué sirve. Igualmente, se me han explicado los riesgos y complicaciones que pueden conllevar las actividades programadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntaria yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con No. \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_ (madre, padre, hermano, hijo, otros) de \_\_\_\_\_ (nombre del Paciente), doy mi consentimiento para que se le realicen los procedimientos antes descritos.

También puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno, esto siempre y cuando no se hayan adelantado ya las acciones destinadas al logro del objetivo.

Firma del Representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del profesional que informa: \_\_\_\_\_ Registro No: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

El presente consentimiento se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**18. REVOCACIÓN:**

Revoco el consentimiento otorgado, para la realización del procedimiento que se expresa en este documento.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante legal: (cuando aplique) \_\_\_\_\_

Firma del Representante legal: \_\_\_\_\_ No. Documento de identidad: \_\_\_\_\_

La presente revocación, se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_