

Proceso: Asistencial	Versión: 4
Título: Consentimiento Informado	Código: CO-12
Vigente a partir de: Marzo de 2026	Página 2 de 2

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente, los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Art.15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito, se pretende informar a usted y a sus familiares a cerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco:

El (la) paciente _____ de _____ años y con
Número de identificación _____ de _____.
y/o el señor/señora _____ con número de identificación
_____ de _____ en calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor _____, con Número de identificación _____ de _____, después de haber realizado una valoración médica, análisis de mi historia clínica y de los paraclínicos aportados y posterior a realizar una impresión diagnóstica me ha explicado que es necesario y conveniente por mi situación de salud, realizarme una ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO TOTAL (VIDEO CAPSULA), para lo cual se nos ha suministrado la siguiente información:

Definición del procedimiento: La video cápsula es un dispositivo de un solo uso, de reducidas dimensiones (26 milímetros de largo, 11 milímetros de ancho y 3.4 gramos), denominado actualmente PillCam SB3™. Contiene una videocámara en uno de sus extremos y toma dos imágenes por segundo, durante un período de ocho horas, lo que da aproximadamente un total de unas cincuenta mil a sesenta mil imágenes. Una vez se ingiere la cápsula, ésta es transportada a través del tracto gastrointestinal mediante los movimientos peristálticos, esta capsula va tomando las fotos del sistema gastrointestinal a medida que va avanzando y las va enviando a una video grabadora donde se almacena la información. El paciente no necesita hospitalización, así que puede realizar sus actividades diarias habituales.

Ventajas: Este procedimiento es menos invasivo y molesto, está indicado en la hemorragia de origen oscuro, aguda visible o crónica oculta, cuando no se consigue realizar un diagnóstico tras las exploraciones convencionales. Otra indicación es la enfermedad de Crohn y sin constatación o evidencia de lesiones con las exploraciones convencionales.

Porque se hace el procedimiento. Se hace con el objeto de verificar el intestino delgado y otros sitios anatómicos del sistema gastrointestinal que no se hayan podido realizar con endoscopia digestiva alta o baja.

Preparación para el procedimiento: El paciente no puede ingerir colorantes ni hierro durante los cuatro a cinco días anteriores a la prueba. Dos días antes del examen iniciará dieta líquida y la preparación del intestino el cual debe estar completamente limpio y sin materia fecal. Debe diluir dos sobres de polietilenglicol, cada uno en un litro con agua y empezar a tomar un vaso cada 10 a 15 minutos a partir de las 2 PM del día anterior al estudio. El día de la prueba el paciente debe estar en ayunas durante un mínimo de diez o doce horas y no puede ingerir ninguna medicación, debe acudir con ropa holgada camisa o blusa oscura- y en caso de tener vello en el abdomen debe rasurarse 15 cm por encima y 15 cm por abajo del ombligo.

Durante el procedimiento: El paciente ingiere una capsula con poca agua, Se le coloca un cinturón que contiene sensores que captan las imágenes y está conectado a la videograbadora la cual contiene una correa con la cual se sujetara al tórax. Durante todo el examen debe permanecer con el cinturón y la grabadora ajustada al cuerpo. Durante el inicio del examen se le asistirá y se le entregaran las respectivas indicaciones. Después de instalada se verificará que este capturando las imágenes y que la capsula se encuentre en el estómago. Puede regresar a su domicilio, realizar actividades de la vida diaria después de cuatro horas puede tomar pequeñas cantidades de agua. A las 8 horas debe volver para retirar los equipos, videograbadora y cinturón e iniciar la interpretación de las imágenes.

Después de procedimiento: Transcurridas las ocho horas, el paciente acude a la consulta a devolver los sensores y la grabadora. Las imágenes recogidas por la grabadora son descargadas en una estación de trabajo. Esta estación de trabajo es un ordenador con un software que permite el registro del paciente y el traslado de las imágenes procedentes de la grabadora, que, mediante la creación de un video, permite el médico poder visualizarlo fácilmente. El medico gastroenterólogo tardará unas 72 horas para entregarle el resultado, ya que debe visualizar las 8 horas de video capturada por la capsula. La capsula será expulsada con la deposición en las siguientes 72 horas.

Complicaciones del procedimiento

Realmente no hay complicaciones importantes. Se debe estar seguro de no realizar en pacientes con estrecheces, fistulas de manera que se pueda obstruir. La no realización puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento. Me ha explicado que,

Proceso: Asistencial	Versión: 4
Título: Consentimiento Informado	Código: CO-12
Vigente a partir de: Marzo de 2026	Página 2 de 2

además de los riesgos propios del procedimiento que se realizará, en consideración a la pandemia mundial derivada del **SARS COV 2 COVID 19** , actualmente todo procedimiento genera un riesgo de contagio de esta enfermedad.

Otras alternativas terapéuticas

Fundamentalmente mediante otras técnicas (tránsito de intestino delgado, enterotomografía y enterorresonancia), que se le explican al paciente, es posible estudiar el intestino, aunque de manera indirecta y menos completa. En otras ocasiones, la alternativa es una cirugía.

PARA EL PACIENTE

Debido a que la educación es una parte importante para el cuidado médico, a usted se le suministra esta autorización, que debe firmar, con el fin de prepararlo para el procedimiento y advertirlo de los posibles riesgos, complicación, incidentes y eventos adversos al realizarlo. Si usted tiene cualquier inquietud acerca de la Video cápsula, de su resultado o del riesgo, no dude en hablar de ello con el médico, quien está altamente entrenado y despejará sus inquietudes.

Por medio del este documento manifiesto que he decidido libre y voluntariamente someterme al procedimiento de ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO TOTAL (VIDEO CAPSULA) por lo que declaro que me han informado en lenguaje claro y sencillo el cual he comprendido, me han permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto, y por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida. En cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir a CENDITER S.A.S, de mi Atención. Por lo tanto, autorizo para que se me realice el procedimiento de ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO TOTAL (VIDEO CAPSULA). Entiendo que, aunque los resultados no pueden garantizarse, CENDITER S.A.S y su equipo de profesionales de la Salud pondrán los medios para obtener el mejor de los resultados. Entiendo que durante el procedimiento pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran de procedimientos adicionales, por lo tanto, Autorizo al Equipo de Salud de CENDITER S.A.S para realizar los procedimientos y para desplegar conductas requeridas en caso de presentarse alguna situación inadvertida o imprevista que a juicio del equipo tratante sean requeridas para preservar mi vida y mi integridad personal. También se me ha explicado que si no deseo que se realice algún procedimiento o intervención debo informarla en cualquier momento, para lo cual me explicaran los riesgos, beneficios, resultados y complicaciones que tiene tal decisión, frente a la conducta terapéutica indicada. Entiendo que, si no acepto el tratamiento aquí propuesto, puedo seguir recibiendo atención médica. Al momento de firmar este consentimiento informado deseo que no se realice la siguiente intervención: _____

Consiento que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes de mi cuerpo, para fines médicos y de la interpretación de los estudios. Confirmando que, al momento de la firma de este consentimiento informado, todos los espacios en blanco están diligenciados.

ACEPTO Que se me realice una ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO TOTAL (VIDEO CAPSULA)

Firma paciente _____

Firma testigo _____

Ciudad y fecha _____

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

Firma médico _____