

|   |   |  |
|---|---|--|
|  | <b>CONSENTIMIENTO POLIPECTOMIA GASTRICA O ESOFAGICA</b> | <b>CÓDIGO</b><br>R-CEX-017<br><b>Versión: 02</b><br><b>Vigente Desde</b><br>2026.03.12 |
|   | <b>GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA</b>       |  |

## POLIPECTOMIA GASTRICA O ESOFAGICA

### 1. ¿Qué es la polipectomía gástrica o esofágica?

La polipectomía endoscópica es un procedimiento mediante el cual se retiran pólipos o lesiones que sobresalen de la mucosa del esófago o del estómago.

Estas lesiones pueden ser benignas, premalignas o malignas tempranas. Su resección permite:

- Obtener diagnóstico definitivo mediante análisis microscópico.
- Prevenir progresión a cáncer.
- Tratar lesiones tempranas sin necesidad de cirugía en muchos casos.

### 2. ¿Cómo se realiza?

El procedimiento se realiza mediante endoscopia digestiva alta, introduciendo un endoscopio flexible por la boca hasta el esófago o estómago.

Una vez identificada la lesión, el médico procederá a su resección utilizando técnicas endoscópicas adecuadas según el tamaño, forma y localización, tales como:

- Asa de resección.
- Pinza de resección en lesiones pequeñas.
- Resección en uno o varios fragmentos si es necesario.

El tejido extraído será enviado a estudio anatomopatológico.

El procedimiento se realiza bajo sedación administrada por personal capacitado.

### 3. Beneficios esperados

- Diagnóstico histológico definitivo.
- Tratamiento de lesiones premalignas o tempranas.
- Prevención de progresión a cáncer.
- Evitar cirugía en casos seleccionados.

### 4. Riesgos y posibles complicaciones

*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*

Aunque es un procedimiento seguro, no está exento de riesgos.

Complicaciones más frecuentes:

- Dolor leve en garganta.
- Distensión abdominal.
- Náuseas.
- Sangrado leve inmediato.

Complicaciones poco frecuentes:

- Sangrado diferido (horas o días después).
- Dolor torácico o abdominal transitorio.

Complicaciones raras pero graves:

- Hemorragia significativa que puede requerir hospitalización, transfusión o nuevo procedimiento.
- Perforación del esófago o estómago, que puede requerir manejo endoscópico o cirugía urgente.
- Mediastinitis (en perforación esofágica).
- Peritonitis (en perforación gástrica).
- Infección.
- Complicaciones asociadas a la sedación.
- Paro cardiorrespiratorio (extremadamente raro).

El riesgo puede aumentar en lesiones grandes, profundas o en pacientes anticoagulados.

#### 5. Medicamentos anticoagulantes y antecedentes médicos

Declaro que he informado si tomo medicamentos anticoagulantes o antiagregantes, y entiendo que estos pueden aumentar el riesgo de sangrado.

#### 6. Imposibilidad técnica o resección incompleta

Entiendo que pueden existir circunstancias que impidan la resección completa de la lesión, tales como:

*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*

- Tamaño o profundidad excesiva.
- Sospecha de invasión profunda.
- Riesgo elevado de perforación.
- Sangrado significativo durante el procedimiento.

En tales casos, el médico podrá suspender la resección por seguridad y recomendar:

- Completarla en otra sesión.
- Manejo endoscópico avanzado.
- Tratamiento quirúrgico.

#### 7. Alternativas

Las alternativas pueden incluir:

- Vigilancia endoscópica.
- Resección quirúrgica.
- Tratamiento médico, según el tipo de lesión.

No realizar la resección puede permitir la progresión de la lesión.

#### 8. Indicaciones posteriores

Debe acudir inmediatamente a urgencias si presenta:

- Dolor torácico intenso.
- Dolor abdominal fuerte o progresivo.
- Fiebre.
- Dificultad para tragar.
- Vómitos con sangre.
- Deposiciones negras o con sangre.

#### 9. Autorización

Autorizo expresamente la realización de la polipectomía endoscópica gástrica o esofágica, así como la aplicación de todas las medidas necesarias para el manejo de  
*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*



**CONSENTIMIENTO POLIPECTOMIA GASTRICA O  
ESOFAGICA**

**GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA  
EXTERNA**

**CÓDIGO**  
R-CEX-017  
**Versión: 02**  
**Vigente Desde**  
2026.03.12

eventuales complicaciones durante el procedimiento, incluyendo intervenciones endoscópicas adicionales o remisión para tratamiento quirúrgico si se considera médicamente indicado.

**DECLARACIONES Y FIRMAS DE CONSENTIMIENTO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Documento  
No. \_\_\_\_\_

Declaro que:

He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.

Igualmente, declaro que estoy informado de las formas de higiene para la adecuada realización del procedimiento, así como satisfecho de la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy consentimiento para su realización.

He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento aceptando firmar la revocación en caso de que esto suceda.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, entre otros).

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

En calidad de \_\_\_\_\_ autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Fecha: \_\_\_\_\_  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del

*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*



**CONSENTIMIENTO POLIPECTOMIA GASTRICA O  
ESOFAGICA**

**GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA  
EXTERNA**

**CÓDIGO**  
R-CEX-017  
**Versión: 02**  
**Vigente Desde**  
2026.03.12

REVOCACION O DISENTIMIENTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Documento  
No. \_\_\_\_\_

Revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y no  
deseo que se me realice el procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente  
representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Firma del

CONTROL DE VERSIONES DEL DOCUMENTO

| VERSIÓN | FECHA      | RESPONSABLE             | MODIFICACIÓN   |
|---------|------------|-------------------------|--|
| 01      | 2025.01.23 | Coordinadora de calidad | Primera edición del documento.   |
| 02      | 2026.03.12 | Coordinadora de calidad | Se actualiza documento de acuerdo revisión realizada por especialista en Gastroenterología |

*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*