

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ECOGRAFIA ENDOSCOPICA ESOFAGICA, GASTRICA, DUODENAL Y BILIOPANCREATICA	CÓDIGO R-CEX-035 Versión: 01 Vigente Desde 2026.03.12
	GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	

ECOGRAFIA ENDOSCOPICA ESOFAGICA, GASTRICA, DUODENAL Y BILIOPANCREATICA

1. ¿Qué es la ecografía endoscópica?

La ecografía endoscópica (EUS) es un procedimiento que combina la endoscopia digestiva con ultrasonido de alta precisión para evaluar el esófago, estómago, duodeno, páncreas, vías biliares y ganglios linfáticos cercanos.

Permite visualizar estructuras internas con mayor detalle que una ecografía convencional y detectar lesiones pequeñas o profundas del tracto digestivo y órganos vecinos.

2. ¿Cómo se realiza?

El procedimiento se realiza introduciendo por la boca un endoscopio especial que posee en su extremo un transductor de ultrasonido.

Este equipo permite obtener imágenes detalladas de las estructuras internas del aparato digestivo y órganos adyacentes.

El estudio se realiza bajo sedación.

Cuando durante la exploración se identifica una lesión sospechosa (masa, ganglio, quiste u otra alteración), puede ser necesario realizar una punción guiada por ecografía endoscópica mediante una aguja especial que se introduce a través del endoscopio para obtener muestras de tejido o líquido con fines diagnósticos.

Este procedimiento se conoce como:

- Punción aspirativa con aguja fina (PAAF / FNA)
- Biopsia con aguja fina (FNB)

La decisión de realizar la punción se toma durante el procedimiento según los hallazgos y la valoración médica.

3. Beneficios esperados

- Diagnóstico preciso de lesiones del esófago, estómago y duodeno.
- Evaluación detallada del páncreas y las vías biliares.
- Diagnóstico y caracterización de masas o quistes pancreáticos.
- Evaluación y estadificación de tumores digestivos.
- Diagnóstico de ganglios linfáticos anormales.

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

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ECOGRAFIA ENDOSCOPICA ESOFAGICA, GASTRICA, DUODENAL Y BILIOPANCREATICA	CÓDIGO R-CEX-035 Versión: 01 Vigente Desde 2026.03.12
	GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	

- Obtención de muestras para análisis histológico o citológico sin necesidad de cirugía en la mayoría de los casos.

4. Riesgos y posibles complicaciones

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

Riesgos del procedimiento diagnóstico (sin punción)

- Dolor o irritación leve de garganta.
- Distensión abdominal.
- Náuseas.
- Reacciones a los medicamentos utilizados para la sedación.
- Aspiración pulmonar.
- Complicaciones respiratorias o cardiovasculares (raras).

Riesgos adicionales cuando se realiza punción (PAAF / FNA / FNB)

- Sangrado en el sitio de punción.
- Hemorragia digestiva.
- Infección local o bacteriemia.
- Pancreatitis (especialmente cuando se punciona el páncreas).
- Infección de quistes pancreáticos o colecciones líquidas.
- Fuga biliar.
- Perforación del tracto digestivo.
- Dolor abdominal significativo.
- Formación de hematomas internos.
- Necesidad de hospitalización.
- En casos excepcionales, necesidad de tratamiento endoscópico adicional o cirugía urgente.

La probabilidad de complicaciones es baja, pero puede aumentar dependiendo de:

- La localización de la lesión.
- La necesidad de múltiples punciones.

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

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ECOGRAFIA ENDOSCOPICA ESOFAGICA, GASTRICA, DUODENAL Y BILIOPANCREATICA	CÓDIGO R-CEX-035 Versión: 01 Vigente Desde 2026.03.12
	GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	

- Enfermedades previas del paciente.
- Uso de medicamentos anticoagulantes o antiagregantes.

5. Medicamentos y antecedentes

Declaro haber informado al equipo médico si presento alguna de las siguientes condiciones:

- Uso de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.
- Enfermedades cardíacas.
- Trastornos de coagulación.
- Alergias medicamentosas.
- Diabetes.
- Enfermedades respiratorias.

Estos factores pueden aumentar el riesgo de complicaciones y modificar la preparación del procedimiento.

6. Imposibilidad técnica o modificación del procedimiento

Entiendo que pueden presentarse circunstancias que impidan completar el estudio o realizar la punción, tales como:

- Anatomía desfavorable.
- Riesgo elevado de complicación.
- Inestabilidad clínica.
- Lesiones inaccesibles para punción segura.
- Hallazgos que modifiquen la conducta médica.

En tales casos, el médico podrá suspender, modificar o limitar el procedimiento según su criterio clínico.

7. Alternativas

Las alternativas diagnósticas pueden incluir:

- Tomografía computarizada.
- Resonancia magnética.
- Biopsia percutánea guiada por imagen.

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

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ECOGRAFIA ENDOSCOPICA ESOFAGICA, GASTRICA, DUODENAL Y BILIOPANCREATICA	CÓDIGO R-CEX-035 Versión: 01 Vigente Desde 2026.03.12
	GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	

- Cirugía exploratoria.

Sin embargo, estos métodos pueden ser menos precisos, más invasivos o no permitir una caracterización adecuada de algunas lesiones.

No realizar el procedimiento puede retrasar el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades potencialmente graves.

8. Indicaciones posteriores

Debo acudir inmediatamente a un servicio de urgencias si presento:

- Dolor abdominal intenso o progresivo.
- Fiebre.
- Vómitos persistentes.
- Dificultad para respirar.
- Vómito con sangre.
- Deposiciones negras.
- Dolor torácico severo.

9. Autorización

Autorizo expresamente la realización de ecografía endoscópica del tracto digestivo superior (EUS).

Asimismo, autorizo que durante el procedimiento el médico tratante realice punción con aguja fina (PAAF / FNA / FNB) u otras intervenciones diagnósticas necesarias para la obtención de muestras de tejido o líquido cuando se considere médicamente indicado según los hallazgos.

También autorizo la aplicación de todas las medidas necesarias para el manejo de eventuales complicaciones, incluyendo:

- Observación médica.
- Hospitalización.
- Administración de medicamentos.
- Antibióticos.
- Transfusiones.
- Procedimientos endoscópicos adicionales.

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

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ECOGRAFIA ENDOSCOPICA ESOFAGICA, GASTRICA, DUODENAL Y BILIOPANCREATICA	CÓDIGO R-CEX-035 Versión: 01 Vigente Desde 2026.03.12
	GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	

- Intervención quirúrgica si fuese necesario.

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

REVOCACION O DISENTIMIENTO

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

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE ECOGRAFIA ENDOSCOPICA ESOFAGICA, GASTRICA, DUODENAL Y BILIOPANCREATICA	CÓDIGO R-CEX-035 Versión: 01 Vigente Desde 2026.03.12
	GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	

NOMBRE: _____ Documento
No. _____

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

Firma del paciente

Firma del médico

Firma del representante

CONTROL DE VERSIONES DEL DOCUMENTO			
VERSIÓN	FECHA	RESPONSABLE	MODIFICACIÓN
01	2026.03.12	Coordinadora de Calidad	Primera edición del documento.

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