

Antes del procedimiento:

Es necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis dentales, medicaciones actuales o cualquier otro antecedente médico de importancia. Puede ser necesario cambiar o suspender algunos de los medicamentos que usted usualmente toma. Debe tener el ayuno correspondiente, así como también haber hecho la preparación indicada.

¿En qué consiste la Prueba de Hidrógeno espirado?

Consiste en tomar una muestra basal de aire espirado en ayunas, por lo que se solicita al paciente soplar en una boquilla desechable, posteriormente, ingiere el sustrato indicado por su médico, y luego al minuto 15 se solicita al paciente realizar una nueva espiración. Luego periódicamente (cada 20 o cada 30 minutos dependiendo del sustrato), se le hace soplar hasta completar las tres (3) horas o dos (2) horas y medias según estudio que se realice.

La prueba de hidrógeno espirado (Lactulosa, fructosa, glucosa, lactosa, sorbitol), es la medición de hidrógeno en el aire que respiramos con la administración de un azúcar, según la indicada por su médico tratante.

Todas las muestras de aire se analizan con un equipo de hidrogeno (H₂) Gastro+™ Gastrolyzer®, que es capaz de medir los niveles de hidrógeno en el aire exhalado. Está destinado al uso de múltiples pacientes por parte de profesionales asistenciales.

¿Cuáles son los beneficios?

La prueba se utiliza para el diagnóstico del sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado e intolerancias, primarias o secundarias, a la lactosa, a la fructosa, el sorbitol y la lactulosa.

¿Cuáles son los riesgos del procedimiento y del proceso de recuperación?

No podrá realizarse la prueba los pacientes con:

- Intolerancia hereditaria a la fructosa
- Hipoglucemias postprandiales no aclaradas

Luego de la prueba el paciente puede presentar molestias de intolerancia durante varias horas, como: distensión abdominal, gases, estreñimiento, diarrea, náuseas, dolor abdominal o reflujo, pero estas son generalmente pasajeras.

SOBRE LA PREPARACIÓN:

Reconozco que, he sido informado(a) por UGASEND S.A. sobre los riesgos asociados con la no observancia de las indicaciones previas al procedimiento al que voy a someterme. Declaro plena comprensión y aceptación de haber recibido y seguido todas las instrucciones e indicaciones proporcionadas por UGASEND S.A. y el médico tratante. Esto incluye, de manera destacada, el compromiso de cumplir con la preparación previa al procedimiento, reconociendo que la no observancia de estas instrucciones puede resultar en un resultado falso negativo y, por ende, en la imposibilidad de un diagnóstico correcto, lo que podría acarrear riesgos para la salud del paciente, incluyendo situaciones potencialmente fatales. El paciente asume la responsabilidad total de seguir las indicaciones médicas de forma precisa y oportuna, eximiendo a UGASEND S.A. y el médico tratante de cualquier consecuencia derivada de la falta de cumplimiento.

En virtud de lo anterior, afirmo bajo juramento que, he seguido escrupulosamente todas las indicaciones proporcionadas y que me encuentro en condiciones óptimas para someterme al procedimiento. Soy plenamente consciente de que cualquier falsedad en esta declaración conlleva a responsabilidades legales y asumo los riesgos que puedan derivarse.

Riesgos y Consecuencias:

1. Posible complicación durante el procedimiento.
2. Mayor riesgo de infección o complicaciones postoperatorias debido a falta de preparación adecuada.
3. Necesidad de intervenciones médicas adicionales para corregir problemas derivados de no seguir las instrucciones previas.
4. Resultados con falsos negativos que pueden llevar incluso a resultados fatales para mi salud.

Costos y Responsabilidades:

1. Entiendo que no seguir las instrucciones previas puede resultar en costos adicionales relacionados con tratamientos o repetición del procedimiento.
2. Soy consciente de que la no observancia de las instrucciones podría resultar en la necesidad de atención médica urgente o prolongada, lo cual podría aumentar los costos asociados.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA DE HIDRÓGENO ESPIRADO (LACTULOSA, FRUCTOSA, GLUCOSA, LACTOSA, SORBITOL) (Otorgado en desarrollo de la ley 23 de 1.981)	CÓDIGO: ED-F-71
		Versión: 02
		Vigencia: 17/06/2024

Asimismo, reconozco que, si el profesional de la salud determina que mi preparación es insuficiente conforme a las indicaciones impartidas y toca repetir el procedimiento, asumo las consecuencias económicas y administrativas que se deriven de ello además de las repercusiones que esto podría repercutir en mi salud y bienestar.

Acepto que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar cualquier duda relacionada con las instrucciones previas al procedimiento

CONSENTIMIENTO

1. Por medio de esta constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgó en forma libre mi consentimiento UGASEND S.A. para que se me practique la prueba de hidrógeno espirado para sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado e intolerancias.
2. Se me han informado de las ventajas, complicaciones, molestias, y riesgos del procedimiento. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo.
3. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.
4. Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecho (a) con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento, que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice.
5. El tratamiento que me será realizado en esta institución no garantiza totalmente los resultados esperados. Por tanto, se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y tratamientos en salud no son una ciencia exacta, debiendo mi médico y especialistas tratantes colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar las afecciones de mi salud por las cual se requirió mi tratamiento e internación.
6. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, de resolver todas mis inquietudes e interrogantes y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente. También he sido informado de mi derecho de rechazar el tratamiento y revocar este consentimiento.
7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema de consentimiento informado del Paciente.

En virtud de lo anterior y entendido el contenido del presente consentimiento informado, así como, habiendo recibido la información solicitada, firmo y autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.