

Datos generales	Datos del Paciente (o etiqueta identificativa)
SERVICIO DE: APARATO DIGESTIVO	Nombre y apellidos:
UNIDAD DE: ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Nº HISTORIA:
INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO	
IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN	
<p>Consiste en la exploración visual de la mucosa de recto y del intestino grueso mediante la introducción a través del ano de un endoscopio (instrumento flexible). El endoscopio transmite la imagen a un sistema de monitor semejante a una pantalla de TV. Permite, además, tomar muestras de lesiones, extirpar pólipos o aplicar determinadas terapias (dilatación de zonas cerradas, inyectar sustancias o aplicar calor en lesiones sangrantes). La duración de la prueba es muy variable, entre 20 y 45 minutos.</p> <p>Medicación. Se le administrará por la vena una medicación para evitar el dolor y un tranquilizante (sedante). Para ello, se mantendrá un suero en la vena y se controlará el pulso y el nivel de oxigenación de la sangre mediante un aparato denominado pulsioxímetro.</p>	
OBJETIVOS Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR	
Diagnóstico de posibles patologías del íleon distal, colon, recto y ano, los cuales se examinan bajo visión directa.	
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO	
Se ha considerado que esta es la prueba más adecuada. Existen otras técnicas como los estudios radiológicos baritados o el estudio mediante videocápsula endoscópica pero estos estudios no son tan precisos como la gastroscopia y no permiten la toma de biopsias o la realización de terapéutica.	
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	
Durante la colonoscopia puede sentir molestias o dolor pasajero por la necesidad de introducción de aire en el intestino y estiramiento de las asas del intestino.	
RIESGOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS	
<p>Se me han explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración, que incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distensión o dolor abdominal: suelen ser frecuentes pero leves y tolerables (remite tras la eliminación de gases). 2. Hemorragia: se asocia a tratamientos como extirpación de pólipos, inyecciones esclerosantes, electrocoagulación o termocoagulación y puede requerir intervención quirúrgica. Ocurre en menos del 1% y la mayoría de las veces se resuelve endoscópicamente. 3. Perforación: suele asociarse a procedimientos terapéuticos (ej: extirpación de pólipos, dilataciones, etc.) y puede requerir intervención quirúrgica. Ocurre en menos del 1% de las dilataciones y en menos de 1 de cada 1000 polipectomías. Puede suceder también en exploraciones diagnósticas al introducir el endoscopio. Ocurre en menos de una de cada 5.000 exploraciones. 4. Sedación: a) dificultad respiratoria y/o hipotensión arterial que suelen ser reversibles; b) Parada cardiorrespiratoria: es muy infrecuente, se presenta en menos de una de cada 13.000 exploraciones. 5. Flebitis, y reacciones alérgicas si es necesario administrar medicación en inyección. <p>No se me han dado garantías de que se logren alcanzar los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.</p>	
RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES	
<p>Si está recibiendo tratamiento con anticoagulantes, es necesario que se lo notifique con suficiente antelación (una semana como mínimo) al médico que se encarga del proceso para que indique la pauta a seguir, ya que puede ser necesario un reajuste del tratamiento (seguir igual, reducir dosis, suspender el medicamento, añadir otro). Los anticoagulantes más utilizados en nuestro medio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ∖ Anticoagulantes orales antivitamina K (AVK): Sintrom, Aldocumar. Deben retirarse 5 días antes y sustituir por Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM), administrándose la última dosis el día antes de la gastroscopia (<i>Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18</i>). ∖ Anticoagulantes orales de acción directa (ACOD): Pradaxa, Xarelto o Eliquis. Deben retirarse al menos 48 horas an- 	

tes (72 horas, si aclaramiento de creatinina 30-50 ml/min) de la gastroscopia y reiniciarlos 48 horas tras el procedimiento (Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18).

∖ Anticoagulantes con HBPM: Clexane, Fragmín, Fraxiparina, Hibor e Innohep. No administrarlos el mismo día de la gastroscopia.

Si está recibiendo tratamiento con aspirina: Adiro, A.A.S., no es necesario suspenderlo antes de la gastroscopia. **Si está recibiendo tratamiento con otro antiagregante oral** (ej. Plavix, Iscover, Ticlid, Ticlopidina, Efiend, Brilique o Duoplavin se recomienda suspenderlo 7 días antes de la gastroscopia, por lo que debe consultar con su médico para que indique la pauta a seguir.

Se debe continuar con los medicamentos regularmente prescritos, a menos que se indique lo contrario.

DECLARACIONES Y FIRMAS

CONSENTIMIENTO de acuerdo al Art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del paciente

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., he sido informado de forma clara y sencilla por el médico, de todos los aspectos mencionados en el presente documento, he comprendido la información y:

Expreso, de forma libre, voluntaria, consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi **consentimiento**, para el procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, conociendo que en cualquier momento puedo revocar libremente este consentimiento.

Expreso de forma libre, voluntaria, consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, **no autorizar** la realización del procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, asumiendo las consecuencias que de ello pudieran derivarse para el estado de mi salud o de la vida.

Manifiesto mi deseo de **no ser informado** para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento.

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

DECLARACIÓN DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL (en caso de paciente menor de edad, incapacitado legalmente o que no sea capaz de tomar decisiones)

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., en calidad de....., asumo la tutorización del paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no competente en este momento, por lo que acepta la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que el propio paciente.

Firma del familiar o representante legal:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

OTRAS AUTORIZACIONES

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., **autorizo** al Hospital Universitario de Canarias para:

- la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación directamente relacionada con la enfermedad que padezco
- la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación no relacionada con la enfermedad que padezco
- la difusión de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

Revocación del Consentimiento

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., de forma libre y consciente, he decidido retirar mi consentimiento para la realización del procedimiento firmado en la fecha, asumiendo las consecuencias que de ello pudieran derivarse para el estado de mi salud.

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....