

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>La ecoendoscopia es una técnica mixta, endoscópica y ecográfica, que tiene la finalidad de estudiar lesiones de la pared del tubo digestivo y zonas adyacentes (valorando fundamentalmente la extensión en profundidad), incluyendo el estudio de enfermedades del área pancreática o biliar. Además, existe la posibilidad de que la exploración diagnóstica se acompañe de alguna actuación terapéutica (como punciones, drenajes, etc.). El instrumento que la hace posible se denomina ecoendoscopio, un tubo flexible de unos 12 mm de diámetro y 120 cm de longitud que se introduce por la boca (ecoendoscopia alta) o por el ano (ecoendoscopia baja). La ecoendoscopia digestiva suele ser un procedimiento prolongado por lo que se suele realizar bajo sedación profunda para garantizar la tolerancia del paciente y la calidad de la exploración. La ecoendoscopia diagnóstica se suele realizar de forma ambulatoria, de manera que el paciente puede darse de alta al recuperar totalmente la consciencia. En el caso de la ecoendoscopia terapéutica se precisa la inmovilización del paciente para garantizar su seguridad y la obtención precisa de muestra de la lesión para establecer el diagnóstico. Aunque en la mayoría de los casos se realiza también de forma ambulatoria, algunos procedimientos más complejos como la neulolisis del plexo celíaco o los drenajes de colecciones o biliares requieren un ingreso de al menos 24 horas. La ecoendoscopia alta precisa de ayuno durante 6 horas, mientras que la ecoendoscopia rectal precisa preparación mediante: 1) ayuno de 6 horas y; 2) enemas de limpieza: 2 enemas Casen® 8 horas antes y 2 enemas Casen® 2 horas antes de la exploración.</p>	
OBJETIVOS Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR	
<p>La mayoría de las ecoendoscopias tienen un fin diagnóstico: estudio de lesiones del aparato digestivo, toma de muestras, descartar cálculos en el árbol biliar o estudio complementario de lesiones que no nacen en el aparato digestivo pero sí se encuentran en proximidad como el cáncer de pulmón o la endometriosis. No obstante, la ecoendoscopia puede emplearse también con fines terapéuticos: 1) drenaje de colecciones intraabdominales que producen compresión de órganos vecinos o de colecciones infectadas; 2) drenaje biliar en casos de gran dificultad técnica, 3) neulolisis del plexo celíaco para tratamiento de dolor incapacitante asociado al cáncer pancreático, 4) embolización de varices gástricas.</p>	
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO	
<p>Se ha considerado que esta es la prueba más adecuada. Existen otras técnicas como la resonancia magnética o la tomografía axial computerizada pero estos estudios no permiten la aplicación de maniobras terapéuticas ni la toma de muestras con la elevada precisión de la ecoendoscopia.</p>	
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	
<p>Durante la exploración, se encontrará totalmente inconsciente debido a la sedación profunda o a la anestesia general. No tendrá dolor ni dificultad alguna para respirar.</p>	
RIESGOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS	
<p>La ecoendoscopia es un procedimiento seguro, de manera que los riesgos son similares en frecuencia a los de otras exploraciones endoscópicas. Globalmente las complicaciones (incluida la punción de lesiones), no suelen ser superiores al 1% e incluyen hemorragia (0%-0,4%), infección (0,3%), pancreatitis aguda (0,3-0,6%), y perforación (0,4%).</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 antes (72 horas, si aclaramiento de creatinina 30-50 ml/min) de la gastroscopia y reiniciarlos 48 horas tras el procedimiento (<i>Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18</i>). ⌘ Anticoagulantes con HBPM: Clexane, Fragmín, Fraxiparina, Hibor e Innohep. No administrarlos el mismo día de la gastroscopia. <p>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, Tiklid, Ticlopidina, Efiend, Brilique o Duplevlin) 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, salvo se indique lo contrario.</p>	
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:	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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 (<i>en caso de paciente menor de edad, incapacitado legalmente o que no sea capaz de tomar decisiones</i>)	
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:	
<input type="checkbox"/> (la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación directamente relacionada con la enfermedad que padezco	
<input type="checkbox"/> (la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación no relacionada con la enfermedad que padezco	
<input type="checkbox"/> 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.....