



**Hospital Universitario  
de La Princesa**

 **Comunidad de Madrid**

***UNIDAD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO***

***DOCUMENTO  
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DE ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA  
BAJA DE LA UED***

***EDICIÓN 01***

**Revisado:**

**Dr. J.A. Moreno Monteagudo  
Responsable de la UED y  
Responsable de Calidad**

**Dr. C. Santander Vaquero  
Jefe de Servicio de  
Aparato Digestivo**

**Fecha: 02/03/2015**



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DIGESTIVA BAJA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Endoscopias. Planta 3ª. Tfno: 915202250

Identificación del facultativo solicitante:

<b>NOMBRE Y APELLIDOS CIAS Y N° COLEGIADO CENTRO PROC Y ESPECIALIDAD</b>
--

Identificación del paciente:

<b>NOMBRE Y APELLIDOS NSS NHC</b>
---

Indicación de la Exploración:

URGENTE  PREFERENTE

----------------------

### 1. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE.

#### ¿QUÉ ES Y CÓMO SE REALIZA?

La ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (ECOENDOSCOPIA) DIGESTIVA BAJA o ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BAJA es una técnica mixta, endoscópica y ecográfica, que tiene la finalidad de estudiar lesiones de la pared del colon, recto y/o ano, valorando fundamentalmente la extensión en profundidad, y zonas adyacentes.

Además, existe la posibilidad de que la exploración diagnóstica se acompañe de alguna actuación terapéutica como punciones, drenajes, etc.. Estos tratamientos no suelen producir ningún dolor.

El instrumento que la hace posible se denomina ecoendoscopio, que es un tubo flexible de unos 12 mm de diámetro y 120 cm de longitud.

Para la exploración el paciente debe realizar la preparación que se le ha indicado, tal y como se detalla en el anexo correspondiente (al final de este Documento).

Antes de pasar a la exploración se quitará todos los objetos metálicos (reloj, anillos, pulseras, etc.).

La posición del paciente durante la exploración es la habitual para realizar una colonoscopia, es decir, en decúbito (acostado) lateral izquierdo.

La exploración tiene habitualmente una duración variable entre 20 y 30 minutos, pero dependiendo de la anatomía del paciente y de la complejidad del procedimiento, diagnóstico o terapéutico, que haya que realizar puede ser preciso más tiempo.

Esta exploración **se lleva cabo sin sedación** (no la precisa).

#### ¿PARA QUÉ SIRVE LA EXPLORACIÓN?

Sirve para realizar el diagnóstico de las enfermedades que afectan al aparato digestivo y órganos cercanos mediante la visualización de la pared del tubo digestivo, canal anal y zonas adyacentes, empleando ultrasonografía (ecografía) y así poder iniciar, o indicar, el tratamiento más adecuado a su enfermedad.

En una pequeña proporción de casos podría no conseguirse el diagnóstico o el tratamiento perseguido por no visualizar la totalidad de las estructuras a explorar, por la existencia de defectos anatómicos o por una mala preparación, a pesar de haber realizado una técnica adecuada.

#### ¿QUÉ CONSECUENCIAS IMPORTANTES PRODUCIRÁ LA INTERVENCIÓN?

Una vez retirado el endoscopio es habitual que note una ligera molestia anal y sentirá la necesidad de expulsar gases.

#### ¿QUÉ RIESGOS PUEDE HABER?

Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes de cualquier enfermedad gastrointestinal que padezca o haya padecido el paciente (especialmente si ha habido alguna cirugía abdominal o perianal previa).



SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

NOMBRE

También debe informar al médico que realizará la prueba sobre su vida basal, la presencia de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares o de cualquier tipo, existencia de prótesis o marcapasos y medicaciones que esté tomando actualmente.

La exploración suele ser bien tolerada por el paciente.

El porcentaje de complicaciones de esta técnica es muy bajo y está en función de las características de la prueba (diagnóstica o terapéutica), de la existencia de posibles anomalías estructurales en el tubo digestivo o la región perianal que no sean conocidas, de la edad y estado de salud del paciente, de la existencia de antecedentes de cirugía abdominal o perianal previa o de alguna contraindicación no conocida o no reseñada por el enfermo.

Aunque el riesgo de transmitir infecciones durante la exploración es excepcional, usted no podrá realizar donaciones de sangre en los 4 meses siguientes a la exploración.

**Riesgos frecuentes:** pueden aparecer molestias e incluso dolor anal, especialmente si se llevan a cabo maniobras terapéuticas. La hemorragia y la perforación son complicaciones posibles durante la prueba diagnóstica pero puede aparecer con más frecuencia cuando se realizan técnicas de tratamiento. Estas complicaciones pueden requerir tratamiento urgente, e incluso una intervención quirúrgica.

Complicaciones como la infección o la hipotensión son más raras.

**Riesgos poco frecuentes:** como posibles efectos indeseables, aunque infrecuentes, están la hipotensión, síncope, obstrucción de la vía aérea, dolor abdominal y vómitos, y más raro aún arritmias, parada cardiaca, depresión o parada respiratoria y ACVA (accidente cerebrovascular agudo) que ocasionalmente pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, y también pueden conllevar un riesgo mínimo de mortalidad.

**Riesgos específicamente relacionados con el paciente:** además de los riesgos anteriormente citados, pueden presentarse otras complicaciones en relación con sus circunstancias personales o por las enfermedades que padece.

#### **¿HAY OTRAS ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO?**

Fundamentalmente mediante técnicas radiológicas (TAC o RMN) y otros procedimientos que se le explican al paciente, es posible estudiar el canal anal y el recto aunque de manera indirecta y menos completa. Además, con ellas no se podrá realizar toma de biopsias ni hacer tratamiento de las lesiones simultáneamente.

#### **¿QUÉ CONSECUENCIAS SON PREVISIBLES DE LA NO REALIZACIÓN?**

La no realización del procedimiento puede provocar un retraso en el diagnóstico de la enfermedad que padece y de su tratamiento.

#### **ATENCIÓN**

**No se realizará ninguna exploración si este Documento no está correctamente cumplimentado y firmado el Consentimiento Informado por el paciente, o su representante, y por el facultativo solicitante.**

**Al estar siendo atendido en un Hospital de reconocida capacidad para formar a Médicos como Especialistas de Aparato Digestivo, estos pueden participar activamente en su intervención, siempre debidamente tutelados por sus docentes.**

**También debe saber que, salvo que usted se niegue de forma explícita a ello, sus datos pueden ser utilizados con fines científicos sin permitir que se correlacionen con su identidad.**



**2. DECLARACIONES Y FIRMAS.**

**PACIENTE**

Yo, D./D<sup>a</sup>.

con DNI ....., en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el/la médico, Dr./Dr<sup>a</sup> ....., me ha explicado de forma satisfactoria, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración o intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir intervención quirúrgica, siendo la muerte una posibilidad remota, y que, al mismo tiempo, no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o/y terapéuticos previstos.

También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que por ello se menoscabe la atención médica prestada.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la paciente

**REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, D./D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., y domicilio en ....., calle ....., nº .....

en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que el/la médico, Dr./Dr<sup>a</sup> ....., me ha explicado de forma satisfactoria, en virtud de la Ley General de Sanidad, qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización. Comprendo que alguna de las complicaciones posibles puede requerir intervención quirúrgica, siendo la muerte una posibilidad remota, y que, al mismo tiempo, no se me han dado garantías de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos o/y terapéuticos previstos.

También sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee, antes o durante la intervención, sin que por ello se menoscabe la atención médica prestada.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./D<sup>a</sup> ....., con DNI ....., dicha exploración/intervención.

Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la representante

**MÉDICO**

Yo, Dr./Dr<sup>a</sup>.

**he informado** a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención.

Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firma y nº. de colegiado: .....



SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

NOMBRE

**NEGATIVA A LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Yo, D./D<sup>a</sup>. ....., con DNI .....,  
como paciente, o como representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito.  
He sido informado de las consecuencias de la suspensión del mismo pese a lo cual **quiero revocar el consentimiento** previamente otorgado.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la paciente el/la representante legal

Si Usted reconoce haber recibido una información adecuada y acepta que se le practique el procedimiento descrito, pero rehúsa firmar este consentimiento, o quiere hacernos alguna indicación concreta, indique por favor, los motivos de esta decisión:

.....  
.....  
.....

**MÉDICO:**

Yo, Dr./Dr<sup>a</sup>.....  
**he informado** a este/a paciente , y/o a su representante legal de las consecuencias previsibles de su no realización.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firma y nº. de colegiado: .....

**TESTIGO:**

Yo, D./D<sup>a</sup>. ....., con DNI .....,  
declaro que el/la paciente, o su representante legal, D./D<sup>a</sup>. .....,  
pese a haber recibido una información adecuada, y habiendo dado en un principio su consentimiento para que se le practicara la exploración correspondiente, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, ha decidido libremente no realizar dicho procedimiento.  
Ha sido informado de las consecuencias de la suspensión del mismo pese a lo cual **quiere revocar el consentimiento** previamente otorgado.  
Y, para que así conste, firmo el presente Documento después de haberlo leído.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

Firmado: el/la testigo



## INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE Y PREPARACION PARA LA REALIZACION DE ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DIGESTIVA BAJA

### HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Endoscopias. Planta 3ª. Tfno: 915202250

#### 1. OBJETO DE LA PREPARACIÓN:

Para una correcta exploración del canal anal y el recto se precisa la ausencia de contenido en los mismos. De esta manera se evitan posibles repeticiones de las pruebas y se mejora el diagnóstico de lesiones a esos niveles. Por ello, recomendamos que siga rigurosamente las siguientes instrucciones.

#### 2. DOCUMENTOS PARA TRAER EL DÍA DE LA EXPLORACIÓN:

- Traiga leído y firmado el Consentimiento informado de la exploración (el paciente y el facultativo solicitante).
- Traiga las últimas exploraciones radiológicas abdominales y endoscópicas a que se haya sometido.
- Traiga etiquetas identificativas.
- En determinadas ocasiones, como en las exploraciones terapéuticas programadas, el facultativo solicitante de la exploración entregará al paciente una petición de análisis con hemograma y estudio de coagulación, que se realizará entre 24 y 48 horas antes del día de la prueba y que deberá traer.

#### 3. MEDICACIONES:

- Si toma antiinflamatorios (aspirina, ibuprofeno, etc.), antiagregantes plaquetarios (Adiro®, etc.) o medicamentos que contengan hierro deberá suspenderlos 7 días antes de la exploración, consultando a su médico si fuera preciso.
- Si toma anticoagulantes (Sintrom®) los suspenderá al menos 5 días antes de la prueba y serán sustituidos por heparina según le indique el médico solicitante o su médico de cabecera.
- El día de la exploración tomará su medicación habitual salvo que su médico le indique lo contrario.
- Si su médico considera que va a precisar premedicación antibiótica para realizar la exploración deberá aportar el informe correspondiente.

#### 4. DIETA:

En la mayor parte de los casos no será necesaria la realización de ninguna dieta.

#### 5. PREPARACIÓN INTESTINAL:

Para una adecuada visualización del canal anal será precisa la preparación mediante enemas (Enema Casen® o similar). Se deberá administrar dos enemas: el primero en la tarde anterior y otro en la mañana previa a la exploración. En caso de precisar una mayor preparación se lo indicará el médico solicitante.

#### 6. CASOS ESPECIALES DE PREPARACION:

Se lo indicará el médico solicitante.

#### 7. CUIDADOS POSTEXPLORACIÓN:

Seguirá con su dieta y medicación habituales salvo que se le indique lo contrario. Si precisa algún cuidado específico o tomar alguna medicación en concreto, como puede ser el caso de antibióticos, se le explicará al paciente y a sus familiares o acompañantes de forma clara y concreta.

Si tuviera síntomas como dolor anal que no desaparece, sangrado o fiebre importantes, acudirá al centro en el que han realizado la prueba o a urgencias para valorar posibles complicaciones.