



1^{er} Curso de Formación en Endoscopia Básica para Residentes

Organiza:



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO

Con el aval científico:



SEPD
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Generalidades Endoscopia II

Clase magistral:

Consentimiento Informado

Autor:

Dr. Carlos Dolz Abadía

Profesor Asociado Medicina. Universitat Illes Balears.

Jefe de S^o Aparato Digestivo. Hospital Universitario Son Llatzer. Mallorca.

Presidente Sociedad Española Endoscopia Digestiva.

Coordinador Nacional ALIANZA para la prevención del cáncer de colon

Programa

- **Clases magistrales**
 - Indicadores de calidad en endoscopia
 - Formación: criterios de capacitación, legislación
 - Consentimiento informado

Dres. Pedro Alonso/Eduardo Valdivielso
Dr. Álvaro Brotons
Dr. Carlos Dolz
- **Seminarios**
 - Sedación en endoscopia
 - Endoscopia pediátrica
 - Complicaciones en endoscopia

Dr. Guillermo Cacho
Dr. Fernando Alberca
Dr. Fernando Alberca
- **Casos clínicos**
 - Manejo de antiagregantes
 - Manejo de anticoagulantes

Dr. David Martínez
Dr. Fernando Alberca
- **Píldoras**
 - Uso de simuladores y modelos animales
 - Endoscopia en el embarazo

Dr. Francisco Martín
Dra. Tania Fernández
- **Algoritmo diagnóstico**
 - Manejo de antiagregantes
 - Manejo de anticoagulantes

Dr. David Martínez
Dr. David Martínez
- **Aspectos clínicos relevantes que precisan investigación posterior**
 - Nuevas tecnologías aplicadas a la endoscopia

Dr. Francisco Gallego
- **Test de autoevaluación**

Conflicto de interés

- Consultor Médico de Boston Scientific

Índice

- Origen del Consentimiento informado
- Definición
- Requisitos para tener validez
- Comunicación del Consentimiento informado
- Legislación española del Consentimiento informado
- Desarrollo de la legalidad en las CCAA
- Concepto de “Médico responsable”
- Consentimiento informado. ¿verbal o escrito?
- Consideraciones generales del documento de Consentimiento informado
- Ilustraciones para mejorar la comprensión
- Enumeración y orden de los contenidos del Consentimiento informado
 - *Objetivo de la técnica*
 - *Sedación o anestesia*
 - *Alternativas y/o consecuencias de no someterse a la técnica endoscópica*
 - *Descripción de la técnica endoscópica*
 - *Efectos relevantes que la técnica producirá con seguridad*
 - *Complicaciones o efectos indeseables de la técnica*
 - *Antecedentes patológicos y farmacológicos del paciente*
 - *Otros riesgos que el médico detecta en el caso concreto del paciente y la técnica a utilizar*
 - *Modificación de la técnica programada*
 - *Cumplimiento de recomendaciones y controles*
- Conclusiones
- Bibliografía
- Preguntas de seguimiento y evaluación

Origen del Consentimiento informado

- Corría la primera mitad del siglo XX en Estados Unidos de Norteamérica ...



Definición

- El Consentimiento Informado se define como el acto por el que una persona con la suficiente capacidad intelectual y en uso de sus facultades mentales permite la realización de procedimientos, ya sean diagnósticos, terapéuticos o de investigación.

Requisitos para tener validez

- Información suficiente
- Definir la naturaleza del procedimiento
- La razón de realizarlo
- Los beneficios
- Los riesgos, la incidencia y severidad de complicaciones.
- Los procedimientos alternativos
- El pronóstico si no se realiza el procedimiento.

Comunicación del Consentimiento informado

- Debe ser comunicado de forma comprensible
- Mediante un documento válido
- Sin ejercer coacción en la toma de decisiones del paciente.
- El paciente debe gozar de total autonomía en la toma de decisiones.
- **Autonomía:** la facultad que tiene todo paciente para pensar, sentir y decidir lo que considera que es bueno y conveniente para su persona.

Legislación española del Consentimiento informado



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Jefatura del Estado
«BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002
Referencia: BOE-A-2002-22188

Marco Legislativo. Desarrollo de la legalidad en las CCAA

- Ley 14/1986, General de Sanidad
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Leyes de las Comunidades Autónomas de España

| |
|----------------------------------|
| Ley extremeña 3/2005 |
| Ley gallega 8/200814 |
| Ley castellano-manchega 5/201015 |
| Ley murciana 3/200916 |
| Ley andaluza 2/199817 |
| Ley catalana 21/200018 |
| Ley aragonesa 6/200219 |
| Ley navarra 29/200320 |
| Ley valenciana 1/20035 |
| Ley balear 5/200321 |
| Ley castellano-leonesa 8/200322 |
| Ley madrileña 12/200123 |
| Ley riojana 2/200224 |
| Ley cántabra 7/200225 |
| Ley canaria 11/199426 |

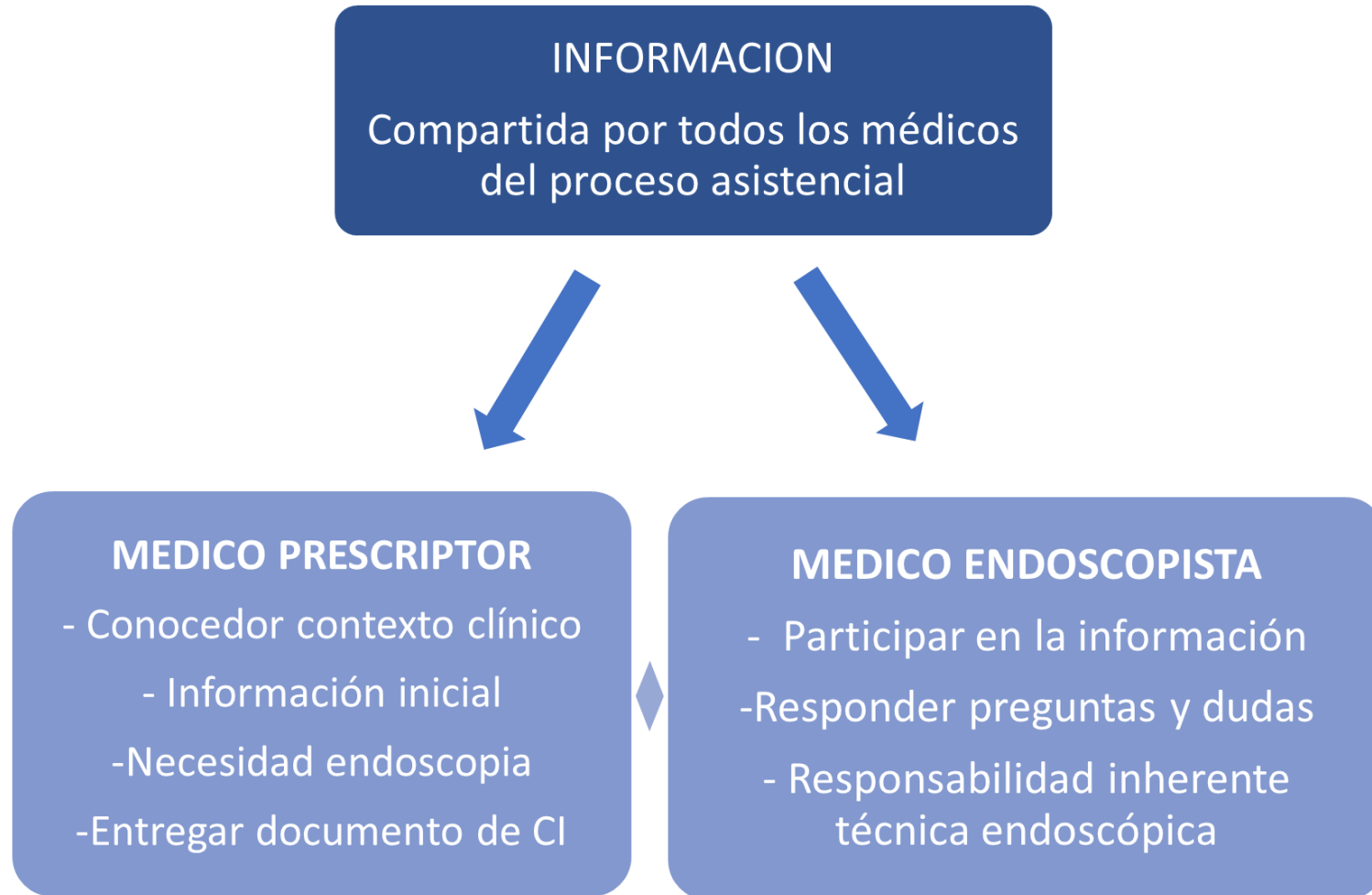
Concepto de “Médico responsable”

Médico responsable: El profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales. El artículo 3 de la citada Ley 41/2002

la Ley destaca un concepto: el derecho a la información

y una figura: el médico responsable

Información al paciente



Pregunta 1. La normal legal que regula los Consentimiento informados queda establecida en:

- Opción 1 Ley 14/1986, General de Sanidad
- Opción 2 Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Opción 3 Leyes de las Comunidades Autónomas de España
- Opción 4 Orden SAS/2854/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo

Pregunta 1. La normal legal que regula los Consentimiento informados queda establecida en:

- Opción 1 Ley 14/1986, General de Sanidad
- **Opción 2 Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**
- Opción 3 Leyes de las Comunidades Autónomas de España
- Opción 4 Orden SAS/2854/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo

Consentimiento informado. ¿verbal o escrito?

Viernes 15 noviembre 2002

BOE núm. 274

cuada a sus
de acuerdo

le garantiza
nación. Los
proceso asis-
procedimiento
ormarle.

nación asis-

vista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será nece-

Consideraciones generales del documento de Consentimiento informado

- En términos claros y sencillos
- Limitarse a una o dos páginas
- Palabras simples
- Enunciados cortos
- Usar lo menos posible términos médicos, en su lugar, equivalentes más populares.
- Dejar más espacios y usar tipo de letra grande
- Párrafos redactados en primera persona del singular

Ilustraciones para mejorar la comprensión

- Las ilustraciones con una visión general y de detalle de la técnicas endoscópicas, mejoran la comprensión del paciente.
- Las visiones generales panorámicas y secuencias de procedimientos contribuyen al entendimiento y complementan de forma gráfica la información.



Figura 1. Polipectomía de colon. Ilustración que muestra la identificación de un pólipo de colon sigmoide y la secuencia de una polipectomía: abrazar la lesión con un asa de polipectomía, cerrar el asa, aplicar una corriente eléctrica y observar la base de resección una vez completada la resección.

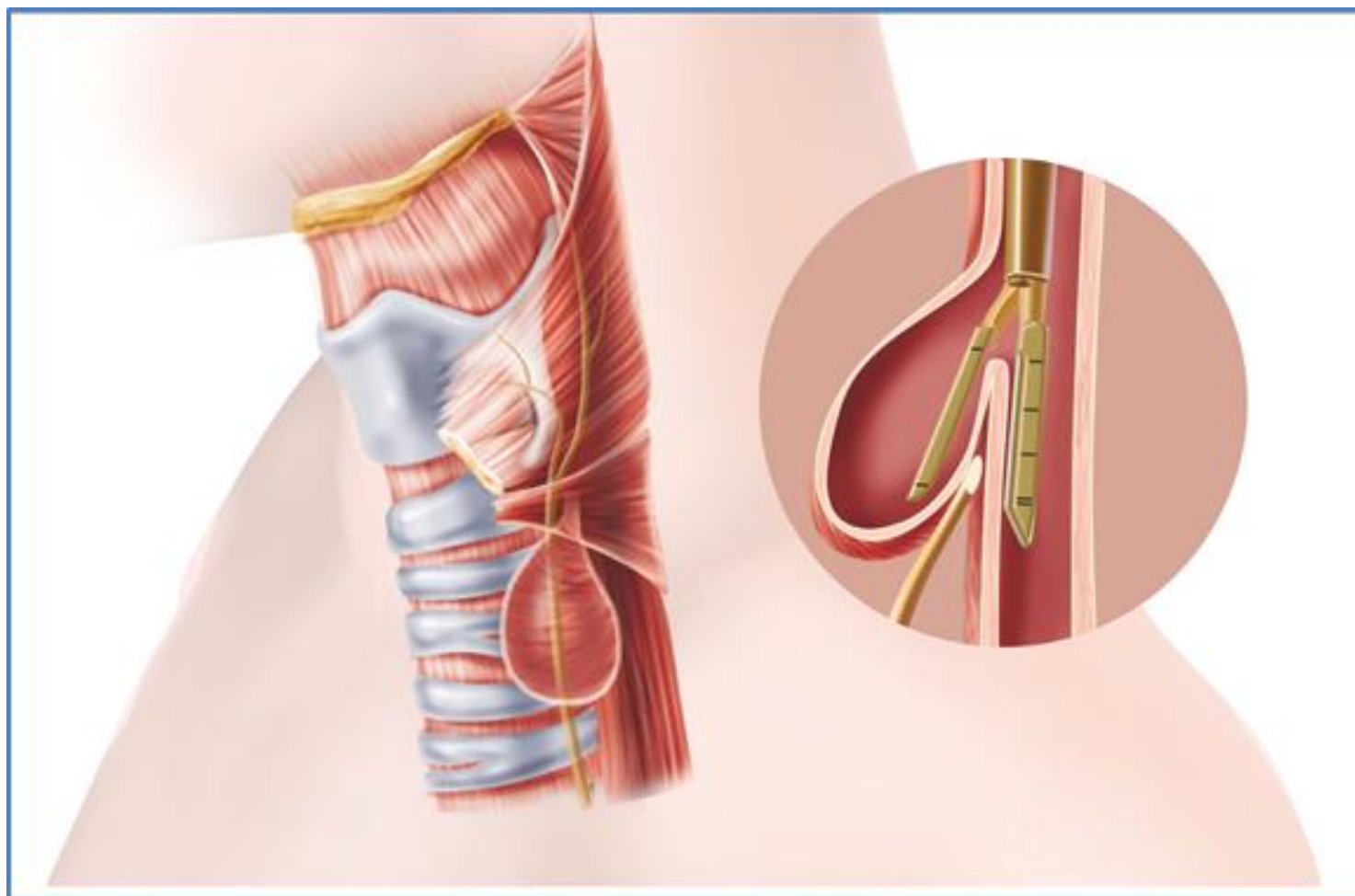


Figura 2. Divertículo de Zenker. Mucomiotomía endoscópica.

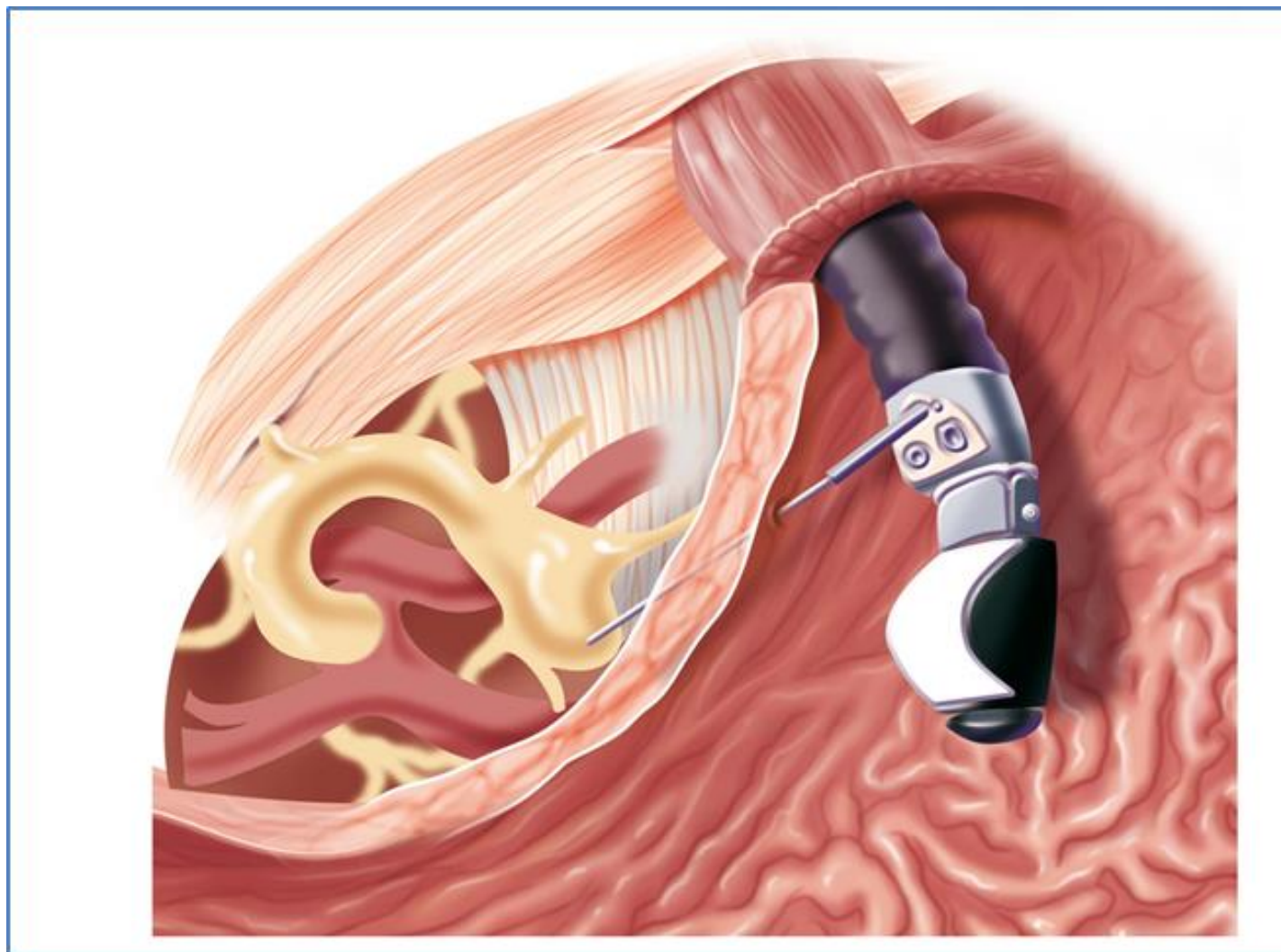


Figura 4. Ecoendoscopia y aplicación de un tratamiento local.

Pregunta 2. La protección legal del médico endoscopista será mayor:

- Opción 1. Cuanto más técnica sea la explicación y mejor lenguaje médico se utilice
- Opción 2. Cuanto más completa sea la información
- Opción 3. Cuanto más se ajuste al nivel de comprensión del paciente
- Opción 4. Se ciñe mejor a la corrección la opción 2 junto a la opción 3

Pregunta 2. La protección legal del médico endoscopista será mayor:

- Opción 1. Cuanto más técnica sea la explicación y mejor lenguaje médico se utilice
- Opción 2. Cuanto más completa sea la información
- Opción 3. Cuanto más se ajuste al nivel de comprensión del paciente
- **Opción 4. Se ciñe mejor a la corrección la opción 2 junto a la opción 3**

Enumeración y orden de los contenidos del Consentimiento informado

- Objetivo de la técnica
- Sedación o anestesia
- Alternativas y/o consecuencias de no someterse a la técnica endoscópica
- Descripción de la técnica endoscópica
- Efectos relevantes que la técnica producirá con seguridad
- Complicaciones o efectos indeseables de la técnica
- Antecedentes patológicos y farmacológicos del paciente
- Otros riesgos que el médico detecta en el caso concreto del paciente y la técnica a utilizar
- Modificación de la técnica programada
- Cumplimiento de recomendaciones y controles

Objetivo de la técnica

- **Disección Endoscópica Submucosa del tracto digestivo inferior.** *“El propósito principal de la intervención consiste en extirpar lesiones premalignas o cánceres superficiales de colon y recto sin necesidad de extirpar el segmento de tubo digestivo afecto, lo que puede permitir la integridad y función del tracto digestivo inferior.”*

Pregunta 3. ¿Es correcta esta definición desde el punto de vista legal?

Objetivo de la técnica

- **Disección Endoscópica Submucosa del tracto digestivo inferior.** *“El propósito principal de la intervención consiste en extirpar lesiones premalignas o cánceres superficiales de colon y recto sin necesidad de extirpar el segmento de tubo digestivo afecto, lo que puede permitir la integridad y función del tracto digestivo inferior.”*

Pregunta 3. ¿Es correcta esta definición desde el punto de vista legal?

Definición incorrecta

- Dado que tras realizar una DES, se realizará un análisis histológico, éste puede mostrar, invasión de márgenes por un adenocarcinoma. En tal caso, deberá indicarse una resección quirúrgica. En consecuencia, la descripción del objetivo es errónea, pues **el paciente estará convencido que mantendrá íntegro su intestino en cualquier circunstancia**

- El propósito principal de la intervención consiste en extirpar lesiones premalignas o cánceres superficiales de colon y recto. La extirpación se intenta realizar en un único fragmento de la capa superficial de la pared del intestino. A continuación, se analiza la pieza obtenida para confirmar el diagnóstico”

Definición correcta

Sedación o anestesia

- La información de la anestesia o sedación debe ser realizada en un documento independiente (en estos momentos).
- Deberá identificarse claramente quien será el médico especialista encargado de realizar y controlar la anestesia o sedación. El paciente debe saber si la sedación la dirige o controla el anestesista o el endoscopista. No debe haber ninguna duda.

Alternativas y/o consecuencias de no someterse a la técnica endoscópica

- Informar sobre las alternativas diagnósticas o terapéuticas que pueden plantearse en el caso concreto del paciente. Es decir, adaptado a las circunstancias, edad y patología.
- No deberían realizarse comentarios peyorativos sobre otras técnicas alternativas. Tampoco juicios de valores, de efectividad, de coste económico, de complejidad.

Descripción de la técnica endoscópica

- Lenguaje muy llano e inteligible la naturaleza y en qué consiste la técnica concreta que se va a realizar
- Ilustraciones “una imagen vale más que mil palabras”

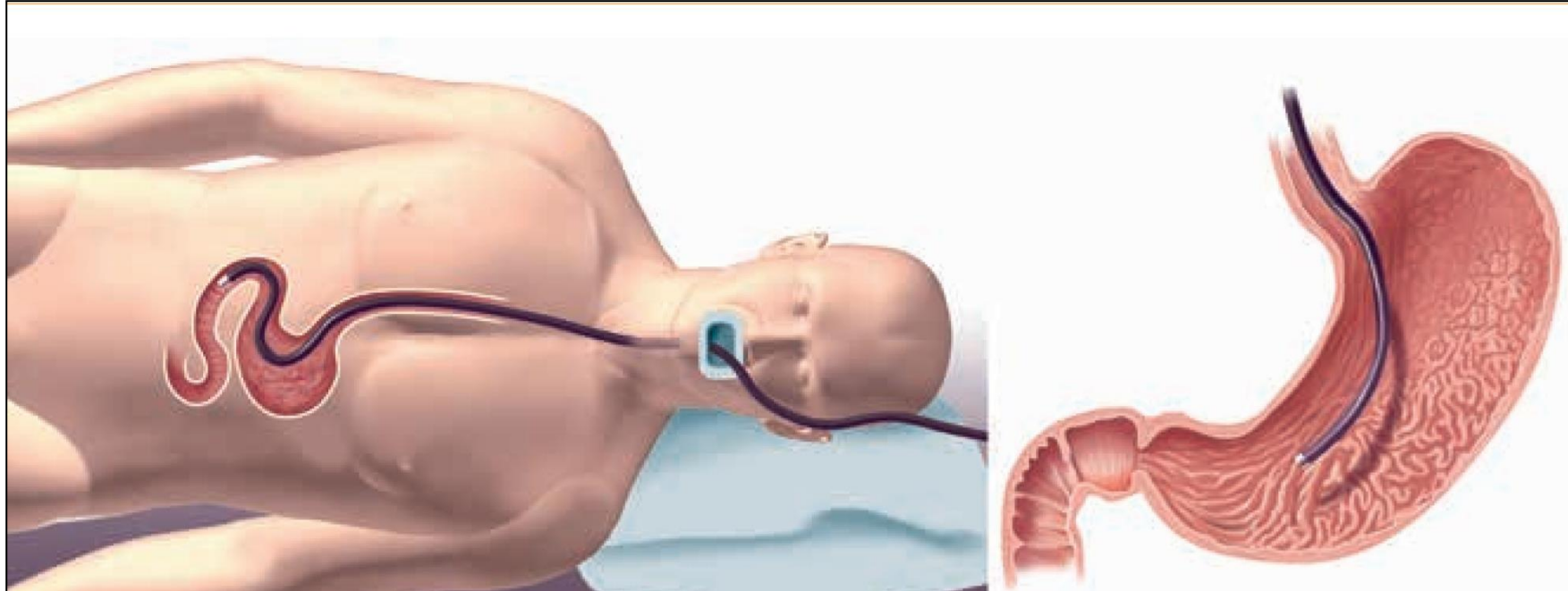


Figura. Gastroscopia

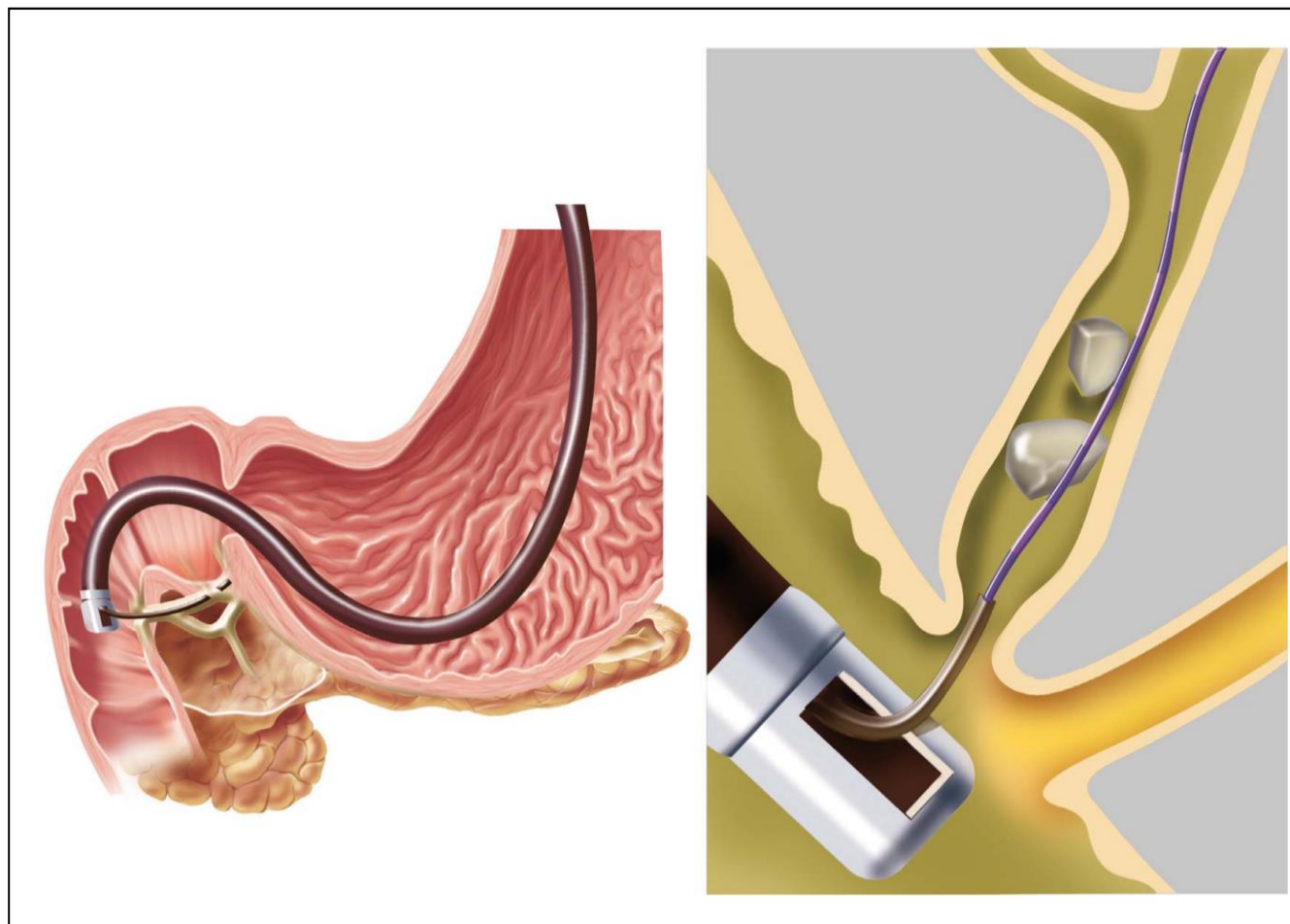


Figura. CPRE.

Efectos relevantes que la técnica producirá con seguridad

- Se trata que el paciente esté sobre avisado de los síntomas que con seguridad puede presentar:
 - Gases
 - Tiempo de espera hasta la recuperación
 - Dieta especial
 - Posibilidad de ingreso hospitalario...

Complicaciones o efectos indeseables de la técnica

- El orden es importante, deben describirse primero los más frecuentes, ir de más a menos.
- Consecuencias que estas complicaciones pueden acarrear.
- En “Medicina Curativa” no es preciso informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que son muy poco frecuentes ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que no revistan una gravedad extraordinaria.

Antecedentes patológicos y farmacológicos del paciente

- Las enfermedades que ha presentado o que todavía sufre el paciente.
- Alergias o fármacos que está tomando o que ha tomado recientemente.
- Se hace un particular énfasis en los fármacos anticoagulantes.

Otros riesgos que el médico detecta en el caso concreto del paciente y la técnica a utilizar

- Personalizar el estado clínico de cada paciente y remarcar determinadas patologías o circunstancias que pueden contribuir a incrementar determinadas complicaciones.
- *Ejemplo:*
 - CPRE x coledocolitiasis. Obesidad mórbida (IMC: 50) + insuficiencia renal crónica + programa de diálisis.
 - Este paciente no presenta un riesgo estándar de complicaciones post CPRE, su riesgo es mayor

Modificación de la técnica programada

- Debe advertirse, y el paciente debe aceptar, que pueden existir modificaciones sobre el plan previsto, en función de los hallazgos endoscópicos y de las circunstancias imprevisibles que pueden acontecer.

Cumplimiento de recomendaciones y controles

- El cumplimiento de los controles y las sesiones por parte del paciente, es una condición necesaria e ineludible si se pretenden alcanzar los resultados deseados.

Ejemplo:

Sesiones sucesivas de dilatación en estenosis del tracto digestivo superior

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA (REM) DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR

Nº de Historia:

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a una **RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA (REM) DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**.

- ▶ El propósito principal de la técnica consiste en extirpar lesiones premalignas o cánceres superficiales de esófago, estómago o duodeno que se sitúan en la capa más superficial de la pared intestinal, denominada epitelio mucoso.
- ▶ He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que esta técnica consiste en pasar un endoscopio flexible a través de la boca con una cámara en su extremo para poder ver la lesión. Entonces, levantar la lesión mediante una inyección en la pared intestinal. Una vez expuesta, extirparla con instrumentos de corte, bien en fragmentos o en un único trozo. A continuación examinarlo al microscopio, para establecer el diagnóstico histológico.



- ▶ El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son el tratamiento quirúrgico o la disección endoscópica submucosa. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Nº de Historia:

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

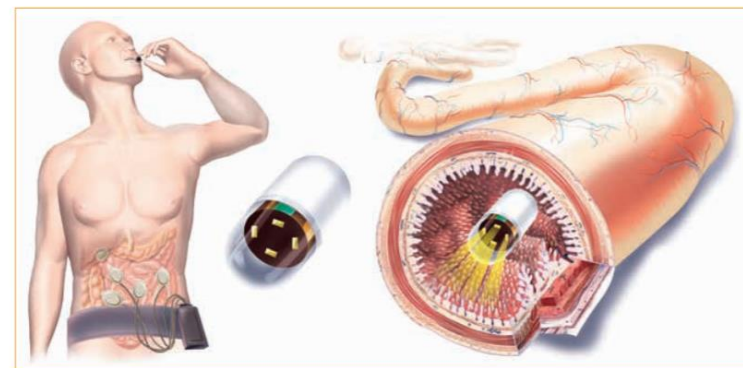
DECLARO

Que el DOCTOR/A:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a un **ESTUDIO CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es, mediante la ingestión de una cápsula endoscópica (del tamaño de una pastilla de vitaminas), obtener imágenes de la mucosa del intestino delgado con el objeto de diagnosticar posibles procesos que afecten a este tramo del tubo digestivo.
- ▶ El médico me ha explicado que esta técnica endoscópica permite el examen del tracto gastrointestinal mediante la utilización de un dispositivo en forma de cápsula que se traga bajo control médico y que, posteriormente, se expulsa con las heces, no siendo necesaria su recuperación. La cápsula no va unida a ningún hilo o cable, tiene un tamaño de unos dos centímetros y medio de largo por uno de ancho y lleva en su interior un sistema de lentes junto con un emisor de imágenes. Las imágenes son emitidas mediante radiofrecuencia, captadas por una antena (colocada en la cara anterior del abdomen) o por un cinturón con la antena incorporada. Tanto el sistema de antenas o el cinturón van unidos a una grabadora que almacena las imágenes. La grabación es ambulatoria, dura unas 2-8 horas (en función de la velocidad de los movimientos intestinales) durante los cuales realizaré una vida, actividad y movimientos normales, aunque deberá permanecer en ayunas.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RADIOFRECUENCIA, ARGÓN O LÁSER. ABLACIÓN TISULAR ENDOSCÓPICA

Nº de Historia:

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

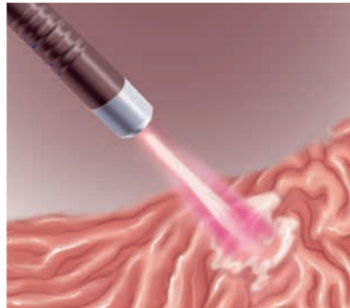
DECLARO

Que el DOCTOR/A:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Es conveniente proceder, en mi situación, a una **RADIOFRECUENCIA, ARGÓN O LÁSER. ABLACIÓN TISULAR ENDOSCÓPICA**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es la destrucción de lesiones de la capa más superficial del tracto digestivo mediante sistemas de energía luminosa o calórica.
- ▶ He sido informado que el procedimiento puede requerir sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que esta técnica consiste en introducir un tubo flexible con una cámara en su extremo, denominado endoscopio, por la boca. A través del tubo se pasan instrumentos que son capaces de liberar energía en forma de radiofrecuencia, gas argón o láser. Estas energías son capaces de destruir la capa más superficial que puede contener pequeñas lesiones, puede eliminar pequeños vasos sanguíneos causantes de hemorragias. Estas energías tienen la particularidad de que profundizan muy poco el espesor de la pared del tracto digestivo.



- ▶ El médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son tratamiento farmacológico o bien tratamiento quirúrgico. He tenido la oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado. Asimismo, me ha informado el médico que, en cualquier caso, la aplicación de esta técnica no está contraindicada con la aplicación posterior de las distintas técnicas alternativas si lo precisase en un futuro.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL (POEM)

Nº de Historia:

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: de años de edad,
(Nombre y apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

En calidad de: de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

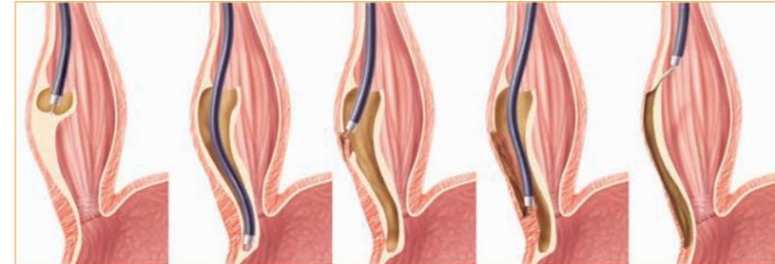
DECLARO

Que el DOCTOR/A:.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que:

Padezco una enfermedad denominada **ACALASIA** y me ha informado que pudiera ser recomendable proceder, en mi situación, a una **MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL (POEM)**.

- ▶ El propósito principal de la técnica es, mediante el corte de fibras musculares del esfínter esofágico, no solo facilitar el paso de alimentos al estómago sino igualmente intentar paliar la sintomatología asociada a la enfermedad de la acalasia.
- ▶ El médico me ha advertido que el procedimiento requiere de anestesia general, de cuyos riesgos me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que la acalasia es una enfermedad consistente en el aumento de fuerza de un músculo que cierra el paso del esófago al estómago dificultando, de esta manera, la deglución. La técnica a realizar consiste en la introducción oral del endoscopio (por el que se pueden introducir instrumentos quirúrgicos), abriendo un pequeño paso en la cubierta del esófago al estómago y entrando en el espesor de la pared del esófago hasta llegar al músculo afectado, cortando las fibras musculares para así facilitar el paso de los alimentos. El médico me ha explicado que mediante esta técnica se puede obtener una mejoría durante un periodo temporal de hasta 5 años, pero que a fecha de este consentimiento no hay experiencia más allá de los 5 años.



- ▶ Igualmente el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como es la cirugía convencional, que también requiere anestesia general, u otros tratamientos alternativos endoscópicos, como la inyección de toxina botulínica y/o la dilatación forzada del cardias. En el caso de las alternativas endoscópicas, el periodo temporal de mejoría es menor que en el caso de la técnica de la Miotomía Endoscópica Peroral (POEM). He tenido oportunidad de comentar con el médico las diferencias, ventajas/inconvenientes y riesgos de cada una de las alternativas existentes y que pudieran estar indicadas en otros casos habiéndose considerado que, en mi caso particular, este es el tratamiento más adecuado.



Conclusiones

- Los Consentimientos informados en endoscopia digestiva pretenden informar al paciente y proteger de forma adecuada al endoscopista.
- El paciente tiene el derecho a recibir una información completa e inteligible.
- A su vez, esta información constituirá la mejor protección del endoscopista.
- La elaboración de consentimientos informados debería ser una tarea colaborativa entre médicos endoscopistas y juristas expertos en Legalidad Médica.
- Cuando la sedación es dirigida por un endoscopista en vez de un anesestesiólogo, esta información debe constar de forma meridianamente clara.

Bibliografía

- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Dolz Abadía C. Consentimiento informado en endoscopia digestiva: información para el paciente, protección para el endoscopista. Rev Esp Enferm Dig 108:23-23;2016.
<https://www.reed.es/ArticuloFicha.aspx?id=57&hst=1&idR=212&tp=3>
- Zuckerman MJ, Shen B, Harrison ME, et al. Standard of Practice Committee. Informed consent for gastrointestinal endoscopy guidelines. Gastrointest Endosc 2007;66:213-8.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17643691/>
- González Hernández ME, Castellano Arroyo M. El consentimiento en las actuaciones médicas en las comunidades autónomas españolas: regulación actual. Rev Esp Med Legal 2012;38:100-6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4116594>

Bibliografía

- Dumonceau JM, Raphael A, Schreiber F, et al. Non-anesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates Guideline – Updated June 2015. Endoscopy 2015;47:1175-89
https://www.esge.com/assets/downloads/pdfs/guidelines/2015_s_0034_1393414.pdf