



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSTOMÍA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

DON/DOÑA.....de .....años de edad.  
CON DOMICILIO EN ..... y D.N.I. N° .....

DON/DOÑA.....de .....años de edad.  
CON DOMICILIO EN ..... y D.N.I. N° .....

EN CALIDAD DE ..... de .....

(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

### DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A .....  
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi  
situación, a una GASTROSTOMÍA ENDOSCOPICA  
PERCUTANEA.

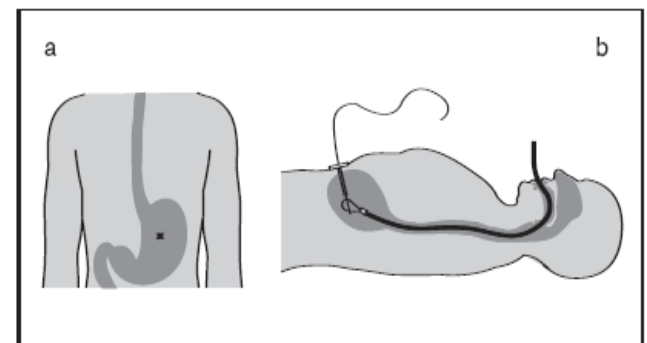
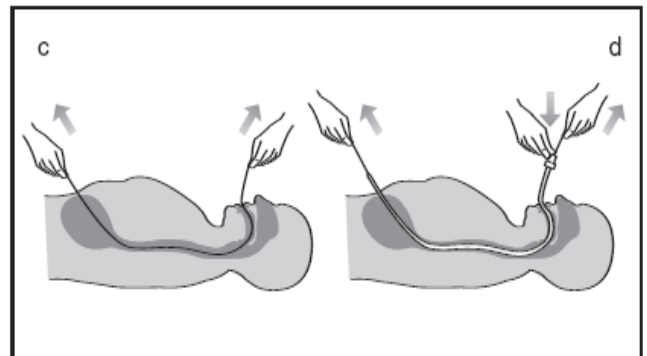
1.- Es una técnica que, bajo control endoscópico, tiene como  
finalidad crear una fístula o comunicación, permanente o  
temporal, entre el estómago o yeyuno y la piel, con el fin de  
asegurar la alimentación enteral (directamente a estómago o  
intestino delgado) del paciente, de forma provisional o  
permanente, cuando no se pueda utilizar la alimentación por  
vía oral.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico  
especialista, y sobre todo en determinados pacientes, puede  
hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia  
general y/o la utilización de un anestésico tópico en la zona  
de colocación de la ostomía. También se me ha informado  
de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia local  
y de la anestesia general.

3.- Se introduce el endoscopio por vía oral con ayuda de un  
abre bocas y por transiluminación se señala la zona del  
estómago o yeyuno donde se va a colocar la sonda de  
gastrostomía o yeyunostomía. Una vez localizada se  
desinfecta la piel y se anestesia localmente la zona, se  
realiza una pequeña incisión que permita el paso de un  
trócar y una guía que, recogida con el endoscopio, permite la  
posterior colocación de una sonda de gastrostomía o  
yeyunostomía que crea una fístula entre la piel y el  
estómago o yeyuno para permitir la alimentación enteral a  
través de ella. Esta fístula puede ser provisional o  
permanente, en cuyo caso puede requerir recambios de la  
sonda periódicos.

4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la  
técnica y de su correcta realización, pueden presentarse  
efectos indeseables, como hemorragia, perforación,  
infección, aspiración bronquial, distensión, dolor abdominal,  
hipotensión, hematoma, obstrucción, náuseas, vómitos y  
extracción de la sonda de ostomía, reacción alérgica y  
flebitis, arritmias o parada cardíaca, depresión o parada  
respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo),

peritonitis, impactación del retenedor, daños dentales y  
subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir  
tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo  
de mortalidad.



5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada  
previamente. En situaciones de urgencia, puede ser  
necesaria su realización sin una correcta preparación.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles  
alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación,  
enfermedades cardiopulmonares (**infartos, valvulopatías,  
asma,...**), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones  
actuales (**aspirina, anticoagulantes u otras**),  
**enfermedades infecciosas como hepatitis** o cualquier otra  
circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución



posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada . . . . . ) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como . . . . .

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/ tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

Y en tales condiciones

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que **estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.**

(Etiqueta del paciente)

**CONSENTIMIENTO** que se me realice una **GASTROSTOMÍA ENDOSCOPICA PERCUTANEA.**

En Vigo, a . . . de . . . . . de 200 . . . . .

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

**REVOCAION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

DON/DOÑA . . . . . DE . . . . . AÑOS DE EDAD.  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
CON DOMICILIO EN . . . . . y D.N.I. Nº . . . . .

DON/DOÑA . . . . . DE . . . . . AÑOS DE EDAD.  
(Nombre y dos apellidos)  
CON DOMICILIO EN . . . . . y D.N.I. Nº . . . . .  
EN CALIDAD DE . . . . .  
(Representante legal, familiar o allegado)

Revoco el consentimiento prestado en fecha . . . . . , y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Vigo, a . . . de . . . . . de 200 . . . . .

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL