

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

DON/DOÑA.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE.....AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN.....Y D.N.I., N°

DON/DOÑA.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS) DE.....AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN.....Y D.N.I., N°.....
EN CALIDAD DE
DE.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE).

DECLARO:

QUE EL DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA
INFORMACIÓN), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una
GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA:

Consiste en la colocación de una sonda de alimentación directamente en la cavidad gástrica a través de la piel del abdomen. Esta técnica se emplea en pacientes que tienen graves dificultades para la deglución, y que por ello no consiguen mantener una nutrición adecuada.

Para su realización se introduce un endoscopio (instrumento óptico flexible y de escaso calibre) a través de la boca hasta el estomago. Esto permite localizar el lugar más adecuado para la colocación de la sonda de gastrostomía. Posteriormente se realiza una pequeña incisión en el abdomen (con anestesia local) y se exterioriza la sonda, quedando así comunicadas la pared abdominal y el estomago.

Antes del procedimiento, el medico y la enfermera le explicaran el proceso y responderán a sus preguntas. Usted deberá comunicarles si ha tenido alergias a medicamentos o sustancias de contraste, así como la medicación que utiliza habitualmente.

Durante el procedimiento se le administrara una medicación para disminuir los riesgos de infección (antibióticos), así como para mantenerle relajado y somnoliento (sedantes).

Después de la prueba puede notar algunas molestias en la garganta o el abdomen, siendo habitualmente muy leves y no precisando medicación.

La alimentación por la sonda de gastrostomía comenzara a las 24 horas de su colocación, y tanto la forma de administración de esta como los cuidados y limpieza de la sonda le serán explicados durante su permanencia en el hospital.

Riesgos

Los riesgos y beneficios de la *GASTROSTOMIA PERCUTANEA* deben de ser valorados ante cada caso concreto. No obstante, en ocasiones pueden producirse complicaciones que usted debe conocer:

- a) Reacción a los fármacos administrados. Si se administran sedantes puede producirse una sedación excesiva e incluso hipotensión y parada cardiorrespiratoria.
- b) Aspiración pulmonar de secreciones faringeadas o contenidos gástricos.
- c) Hemorragia por punción de un vaso sanguíneo.
- d) Perforación de otras vísceras interpuestas.
- e) Flebitis en el lugar de la punción venosa.
- f) Complicaciones infecciosas: Infección de la pared abdominal. Peritonitis.
- g) Desplazamiento de la sonda del lugar de su colocación

Estas complicaciones son raras, pero pueden ser lo suficientemente importantes como para requerir un tratamiento urgente, e incluso una operación.

Y tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una PROTESIS ENTERAL GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA.....

En.....(LUGAR Y FECHA)

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE o
Representante legal
(Menor o Incapacitado)

REVOCAION

DON/DOÑA.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE) DE.....AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN..... Y D.N.I., N°.....

DON/DOÑA.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS) DE.....AÑOS DE EDAD.
CON DOMICILIO EN..... Y D.N.I., N°.....
EN CALIDAD DE.....(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) DE.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE).

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

En.....(LUGAR Y FECHA).

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE o
Representante legal
(Menor o Incapacitado)