

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

### DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Es una técnica que tiene como finalidad colocar una sonda con el fin de administrar la alimentación directamente al estómago tras crear una comunicación (fístula) entre el estómago y la piel de la pared del vientre. Para su realización, se introduce el endoscopio por la boca y se localiza el punto de la pared del vientre donde se va a colocar la sonda. Una vez localizado este punto, se desinfecta la piel y se anestesia localmente la zona. Se realiza un pequeño corte que permita el paso de una guía, que es recogida con el endoscopio y que permite la posterior colocación de la sonda de gastrostomía. Pasadas unas 24 horas de la colocación de la sonda, se puede administrar una alimentación especial a través de ella.

La gastrostomía endoscópica percutánea se considera el procedimiento de elección en las personas que requieren una nutrición prolongada por sonda, aportando una serie de ventajas: 1) puede permanecer durante largo tiempo y puede ser retirada si desapareciera la enfermedad que motivó su colocación, 2) tiene una buena aceptación por el paciente y puede ser ocultada bajo la ropa en aquellas personas con una vida social activa, 3) permite un fácil manejo del personal al cuidado de los pacientes y disminuye el tiempo de administración de los alimentos, ya que es posible la colocación de una sonda de mayor diámetro.

### RIESGOS

A pesar de una adecuada realización de este procedimiento pueden presentarse efectos indeseables (< 10%), como infección de los bordes del estoma (orificio de introducción de la sonda), salida del contenido gástrico por el orificio de gastrostomía, hemorragia digestiva, perforación intestinal, fístula gastro-cólica (comunicación del estómago con el intestino grueso), impactación del retenedor y neumonía por aspiración del contenido gástrico hacia los pulmones. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y requerir un tratamiento quirúrgico, aunque el riesgo global de muerte de este procedimiento es bajo (< 1%).

La presencia de enfermedades previas puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones. Es necesario informar de los medicamentos que toma el paciente y advertir de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades de corazón y pulmón, existencia de prótesis o marcapasos y antecedentes de cirugía abdominal previa que pueden complicar o contraindicar esta técnica.

### SEDACIÓN

Para este procedimiento es necesaria una sedación profunda del paciente. Para ello es necesario canalizarle una vena para administrar los medicamentos por vía intravenosa. Los problemas asociados a la sedación suelen ser mínimos, salvo en aquellos pacientes con problemas cardiopulmonares y/o graves de salud, en los que pueden ocurrir complicaciones serias.

### ALTERNATIVAS

La alimentación por **sonda nasogástrica** es recomendable cuando el problema de alimentación es temporal pero es molesta para el paciente e imposibilita su movilización activa. Además favorece el reflujo gastro-esofágico de ácido y alimentos y la permanencia prolongada de esta sonda puede provocar lesiones en la nariz, faringe y esófago.

La **gastrostomía quirúrgica** se asocia a un mayor número de complicaciones y precisa de laparotomía (abrir la pared abdominal), anestesia general y un mayor tiempo de recuperación.

## CONSENTIMIENTO

PACIENTE D./Dña. ....  
(Nombre y dos apellidos, nº DNI y nº historia clínica) .....

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña. ....  
(Nombre y dos apellidos, nº DNI) .....

### DECLARO:

Que el Dr./Dra. ....  
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA**.

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 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 de la exploración.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA** y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos como terapéuticos que sean aconsejables durante la misma.

En Guadalajara, a (fecha) .....

Fdo.: EL MEDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL

**EL SIGUIENTE RECUADRO SÓLO DEBE RELLENARLO SI *NO* DESEA REALIZARSE LA PRUEBA**

## REVOCACION

PACIENTE D./Dña. ....  
(Nombre y dos apellidos, nº DNI y nº historia clínica) .....

ó, en su defecto, REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO D./ Dña. ....  
(Nombre y dos apellidos, nº DNI) .....

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha ....., que doy con esta fecha por finalizado.

En Guadalajara, a (fecha) .....

Fdo.: EL MÉDICO

Fdo.: EL PACIENTE

Fdo.: EL REPRESENTANTE LEGAL