



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

El médico tratante me ha informado que en mi situación es necesaria la colocación de una

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.

- 1- Es una técnica que, bajo control endoscópico, tiene como finalidad crear una fistula o comunicación, permanente o temporal, entre el estómago 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 local en la zona de colocación de la ostomía, e incluso, en ocasiones, la anestesia general. 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 abrebocas y por transiluminación se señala la zona del estómago donde se va a colocar la sonda de gastrostomía. Una vez localizada se desinfecta la piel y se anestesia localmente la zona, se realiza una pequeña incisión que permita el paso de un trocar y una guía que, recogida con el endoscopio, permite la posterior colocación de una sonda de gastrostomía que crea una fistula entre la piel y el estómago para permitir la alimentación enteral a través de ella. Esta fistula puede ser provisional o permanente, en cuyo caso puede requerir recambios de la sonda.
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, dolor, hipotensión, hematoma, obstrucción, rebosamiento, náuseas, vómitos y extracción de la sonda de ostomía, o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), peritonitis, impactación del retenedor 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. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, cirugía abdominal previa, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. La existencia de enfermedades concomitantes como, por ejemplo: diabetes, obesidad, hipertensión, anemia o la edad avanzada pueden aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.
6. El médico me ha explicado también la existencia de posibles tratamientos alternativos.

Este procedimiento puede no ser técnicamente posible al momento de realizarlo, pudiendo requerir de soluciones alternativas como la cirugía.

Estoy en conocimiento que este procedimiento será realizado durante la emergencia sanitaria declarada por Covid19 y que si bien se tomarán todas las medidas para disminuir los riesgos de contagio existe riesgo potencial relacionado al ingreso a un centro hospitalario y la realización de un procedimiento durante la actual pandemia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que nos 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. Y en tales condiciones

CONSIENTO que se me realice un una GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.

Firma del paciente.....

Aclaración.....

Fecha.....

Firma del testigo.....

Aclaración.....

Fecha.....

Firma del médico que pide el consentimiento.....

Aclaración.....

Fecha.....