

Datos generales	Datos del Paciente (o etiqueta identificativa)
SERVICIO DE: APARATO DIGESTIVO	Nombre y apellidos:
UNIDAD DE: ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Nº HISTORIA:
INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO	
IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN	
<p>La intervención a la que usted va a someterse se llama gastrostomía endoscópica percutánea y consiste en establecer una comunicación entre el estómago y la pared del abdomen por donde se coloca una sonda de nutrición. Es una técnica cuyo objetivo es proporcionar una vía de alimentación a personas que, por diferentes motivos, no pueden ingerir alimentos adecuadamente por la vía oral de forma provisional o permanente. Se realiza con ayuda de un tubo flexible con un sistema de iluminación y una cámara (endoscopio), que se introduce por la boca hasta el estómago a fin de localizar el lugar idóneo donde realizar la comunicación entre el estómago y la pared del abdomen y auxiliar en las maniobras de colocación de la sonda. Las sondas de gastrostomía tienen una duración limitada, aunque larga. Si la necesidad de esta forma de alimentación va a ser muy prolongada o permanente, hará falta recambiarla por otra en un plazo más o menos largo.</p>	
OBJETIVOS Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR	
Favorecer el estado nutricional de los pacientes que no pueden alimentarse por la vía oral.	
ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO	
Existen otras técnicas como la gastrostomía percutánea bajo control radioscópico y realizada por el Servicio de Radiología.	
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	
Durante la exploración puede sentir náuseas, que podrá controlar mediante respiración profunda y pausada, y con la sedación administrada. No tendrá dolor ni dificultad alguna para respirar.	
RIESGOS ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS	
<p>LOS MÁS FRECUENTES: Se pueden producir efectos adversos por la medicación o la sedación administrada, principalmente reacciones alérgicas, que pueden obligar a interrumpir la técnica.</p> <p>LOS MÁS GRAVES: Puede ocurrir aspiración de contenido a las vías respiratorias, y en el lugar de colocación de la sonda se puede producir hematoma, hemorragia o infección. En general sólo obligan a prolongar los cuidados posteriores y llevar a cabo su tratamiento específico. Ocasionalmente, pueden ser graves y requerir tratamiento quirúrgico (1-3% exploraciones). También es posible el desplazamiento del tubo de gastrostomía a cavidad peritoneal, que puede requerir intervención quirúrgica para su recolocación. Mortalidad: La derivada de la técnica es muy baja (menos del 1%). En la mayoría de los casos en que esto ocurre se debe a la enfermedad que motiva su realización y no a la técnica en sí.</p>	
RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES	
<p>Si está recibiendo tratamiento con anticoagulantes, es necesario que se lo notifique con suficiente antelación (una semana como mínimo) al médico que se encarga del proceso para que indique la pauta a seguir, ya que puede ser necesario un reajuste del tratamiento (seguir igual, reducir dosis, suspender el medicamento, añadir otro). Los anticoagulantes más utilizados en nuestro medio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • Anticoagulantes orales antivitamina K (AVK): Sintrom, Aldocumar. Deben retirarse 5 días antes y sustituir por Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM), administrándose la última dosis el día antes de la gastroscopia (<i>Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18</i>). • • Anticoagulantes orales de acción directa (ACOD): Pradaxa, Xarelto• o Eliquis. Deben retirarse al menos 48 horas antes (72 horas, si aclaramiento de creatinina 30-50 ml/min) de la gastroscopia y reiniciarlos 48 horas tras el procedimiento (<i>Guía ESGE. Endoscopy 2016; 48: 1-18</i>). • • Anticoagulantes con HBPM: Clexane, Fragmín, Fraxiparina, Hibor• e Innohep. No administrarlos el mismo día de la gastroscopia. <p>Si está recibiendo tratamiento con aspirina: Adiro, A.A.S.,• no es necesario suspenderlo antes de la gastroscopia.</p> <p>Si está recibiendo tratamiento con otro antiagregante oral (ej. Plavix, Iscover, Ticlid, Ticlopidina, Efiend, Brilique• o Duoplavin• se recomienda suspenderlo 7 días antes de la gastroscopia, por lo que debe consultar con su médico para que indique la pauta a seguir. Se debe continuar con los medicamentos regularmente prescritos, a menos que se indique lo contrario.</p>	

DECLARACIONES Y FIRMAS

CONSENTIMIENTO de acuerdo al Art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del paciente

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., he sido informado de forma clara y sencilla por el médico, de todos los aspectos mencionados en el presente documento, he comprendido la información y:
Expreso, de forma libre, voluntaria, consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, mi **consentimiento**, para el procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, conociendo que en cualquier momento puedo revocar libremente este consentimiento.

Expreso de forma libre, voluntaria, consciente, y en pleno uso de las capacidades que me facultan para ello, **no autorizar** la realización del procedimiento diagnóstico/terapéutico propuesto, asumiendo las consecuencias que de ello pudieran derivarse para el estado de mi salud o de la vida.

Manifiesto mi deseo de **no ser informado** para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento.

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

DECLARACIÓN DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL (en caso de paciente menor de edad, incapacitado legalmente o que no sea capaz de tomar decisiones)

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., en calidad de....., asumo la tutorización del paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no competente en este momento, por lo que acepta la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que el propio paciente.

Firma del familiar o representante legal:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

OTRAS AUTORIZACIONES

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., autorizo al Hospital Universitario de Canarias para:
la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación directamente relacionada con la enfermedad que padezco
la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación no relacionada con la enfermedad que padezco
la difusión de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....

Revocación del Consentimiento

Yo, D./D^a con D.N.I. :....., de forma libre y consciente, he decidido retirar mi consentimiento para la realización del procedimiento firmado en la fecha, asumiendo las consecuencias que de ello pudieran derivarse para el estado de mi salud.

Firma del paciente:

En.....a.....de.....de.....

Firma e identificativo del médico:

En.....a.....de.....de.....