

## 1. INFORMACIÓN ESPECIFICA DEL PROCEDIMIENTO

Es una técnica que, bajo control endoscópico, tiene como finalidad crear una comunicación entre el estómago y la piel, con el fin de administrar la alimentación directamente al estómago

Esta hoja pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerla tiene alguna duda, coméntela con su médico.

## 2. JUSTIFICACIÓN PARA SU REALIZACIÓN

La gastrostomía endoscópica percutánea se considera el procedimiento de elección en las personas que requieran una nutrición prolongada por sonda, aportando una serie de ventajas:

- Puede permanecer durante largo tiempo y puede ser retirada si desapareciera la enfermedad que le impide la alimentación normal.
- Permite fácil manejo del personal al cuidado de los pacientes y disminuye el tiempo de administración de los alimentos ya que tiene mayor diámetro que las sondas nasogástricas.
- Garantiza el aporte de nutrientes a personas que por su condición clínica no pueden ingerir alimentos por vía oral.
- Evita procesos de infecciones a nivel de nariz y senos paranasales.
- Impide procesos de bronco aspiración (paso del alimento hacia vía respiratoria) lo cual atenta contra la vida del paciente

## 3. PREPARACIÓN Y RIESGOS DE LA NO PREPARACIÓN

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento de importancia, tómelos con una mínima cantidad de agua, si toma aspirina, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, deberá suspenderlos mínimo 5 días antes. El estudio de la coagulación de la sangre debe ser normal; si no lo fuera, se deberá corregir para su realización. Tenga en cuenta que si no cumplió la preparación indicada no podrá realizarse el procedimiento debido que se pondrá en riesgo su vida ante una eventual broncoaspiración o sangrado.

## 4. METODOLOGÍA PARA SU REALIZACIÓN

Tras recoger este documento firmado, el personal de enfermería le invitará a ponerse una bata y a retirarse: prótesis odontológicas, accesorios tales como gafas, cadenas o bisutería. La auxiliar le colocará una vía venosa para la administración de suero y medicamentos según necesidad (sedantes del tipo midazolam u otros, analgésicos, antiespasmódicos, antibióticos). Debe informar si es alérgico (a) algún medicamento. El anestesiólogo le inyectará un sedante y posteriormente se realiza previamente asepsia y antisepsia (desinfección como para cirugía) de la cavidad oral (boca) y pared abdominal posteriormente el médico especialista introduce el endoscopio por la boca, avanzándolo hasta el duodeno, para identificar potenciales contraindicaciones a la colocación de la sonda; luego por palpación y transiluminación (alumbrar la pared del abdomen desde el estómago con el endoscopio) se localiza el punto del abdomen donde se va a colocar la sonda y en algunos casos se realiza un pequeño corte que permita el paso del trocar (Aguja gruesa) y de una guía que es recogida con el endoscopio y que permite la posterior colocación de la sonda de gastrostomía, la cual es mantenida en su posición por un botón interno, el cual impide la salida de la sonda. Una vez colocada la sonda, se puede administrar alimentación después de 24 horas. La sonda de gastrostomía puede ser provisional o permanente y en este último requiere un recambio periódico que va a depender de los cuidados que se tengan en su domicilio.

## 5. INCOMODIDADES QUE PUEDE PRESENTAR

Dolor en la Ven punción.

## 6. RIESGOS PROBABLES DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. (3-6%) infección de la herida, salida de la alimentación por el orificio de la gastrostomía, hemorragia digestiva, perforación intestinal, fistula gastro-cólica, aspiración de contenido hacia el pulmón. Aunque infrecuente, existe un riesgo de muerte (0.3 -1%) Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia.

## 7. INFORMACIÓN ESPECIFICA SOBRE LOS RIESGOS (Propios, inherentes, personales, de la patología, accidentales o profesionales)

Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así al mínimo posible esta complicación. Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas alguno de ellos.

Otras complicaciones potenciales son: infección del estoma (fiebre, enrojecimiento, celulitis), desplazamiento de la sonda o salida accidental de la sonda. Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, o la rotura de alguna pieza dental, básicamente si está en mal estado o poco fija. También puede producirse flebitis si se administra sedación intravenosa. Debe avisar al médico alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (fundamentalmente infarto de miocardio o angina reciente), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (en especial antiagregantes plaquetario, ASA) o cualquier otra circunstancia. Si padece alguna enfermedad (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia y la edad avanzada) aumenta, la frecuencia de riesgos o complicaciones.

## 8. RIESGOS DE NO REALIZAR EL EXAMEN

Inadecuada nutrición del paciente. Lesiones en la nariz, faringe y esófago, provocadas por el uso prolongado de la sonda nasogástrica.

## 9. RECOMENDACIONES

Identificación de Signos y síntomas (fiebre, enrojecimiento de la herida, celulitis) y las indicaciones para el mantenimiento de la sonda serán informadas al terminar el procedimiento.

## 10. ALTERNATIVAS AL EXAMEN O TRATAMIENTO A SER REALIZADO

Sonda nasogástrica para alimentación Gastrostomía quirúrgica

## 11. DISPONIBILIDAD PARA AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la página web <https://www.ighosas.com/pages/preparaciones#> encontrará información acerca del procedimiento para su mayor comprensión.

## 12. LIBERTAD PARA LA DECISIÓN DE REALIZAR O NO EL PROCEDIMIENTO

Una vez hechas las aclaraciones necesarias sobre el procedimiento, decide la no realización del mismo y sus condiciones soliciten el formato de disenso informado donde manifiesta su decisión.

## 13. PERMISO DE USO DE DATOS PARA ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Los datos relacionados con su diagnóstico, tratamiento y respuesta al mismo, complicaciones; así como los datos sociodemográficos como edad, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de salud son importantes para la evaluación de las enfermedades y conocer su comportamiento en nuestra población. Por ello y fundamentados en la Resolución 8430 de 1993 Artículo 11 donde en el numeral a Investigación sin riesgo, está dado que son registros de investigación documental donde no se realiza intervención o modificación intencionada de las características biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos; y numeral b Investigación con riesgo mínimo donde se emplea el registro de datos de procedimientos comunes o de procedimientos de diagnóstico o tratamientos que requiere y por criterio médico secundarios a la patología de la persona, y se realizarán independiente de su ingreso a la base de datos.

Así mismo, en Igho la protección de datos personales estará regida por las disposiciones de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 del Congreso de Colombia y del Decreto Nacional 1377 de 2013.

- Autorizo el uso de los datos de mi historia clínica de Igho para estudios de investigación.  Si  No
- ¿En caso de estudios a futuro, quisiera ser participante en esos nuevos estudios?  Si  No

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:**

En la Ciudad de Bucaramanga, el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro que el (la) Dr. (a) \_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, Registro Medico \_\_\_\_\_, me ha explicado que es conveniente y necesario, en mi situación la realización de \_\_\_\_\_ y que he comprendido adecuadamente la información. (Indicaciones, alternativas, riesgos y beneficios del procedimiento), y teniendo la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron contestadas, aclarando las dudas al respecto, por lo tanto acepto la realización de dicho procedimiento.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE PACIENTE**  
CC

\_\_\_\_\_  
**FIRMA - REG MÉDICO**  
CC

**TESTIGO:**

Señor/a, \_\_\_\_\_, con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar del paciente). Certifico que la anterior declaración es cierta en todo su contenido.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TESTIGO**  
CC

En caso de menores de 18 años la declaración deberá ir firmada por al menos uno de los padres y un testigo (familiar).

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta al paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

Firma en su lugar \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_  
(documento) de \_\_\_\_\_.

En carácter de \_\_\_\_\_ (Indicar el grado de parentesco)

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL/LA RESPONSABLE**  
CC