

## Consentimiento informado para la colocación endoscópica de una sonda de nutrición enteral

Nº de historia .....

D/D<sup>a</sup>.....de.....años de edad.  
*(nombre y dos apellidos del paciente)*

Con domicilio en .....y DNI nº:.....

D/D<sup>a</sup>.....de.....años de edad.  
*(nombre y dos apellidos del representante legal)*

Con domicilio en .....y DNI nº:..... en Calidad

de .....de.....  
*(representante legal, familiar o allegado) (nombre y dos apellidos del paciente)*

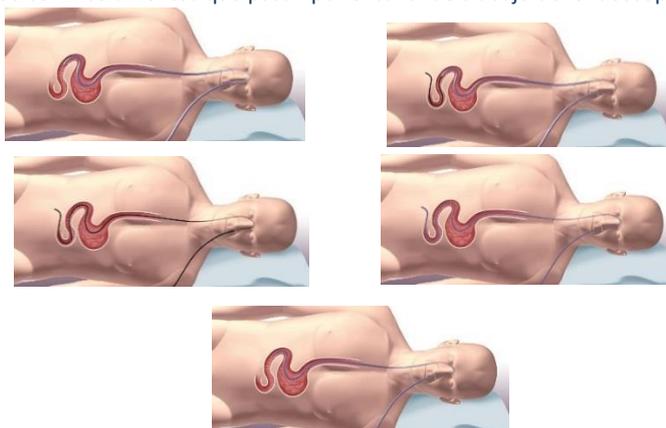
### Declaro

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 realizar una **COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE UNA SONDA DE NUTRICIÓN ENTERAL**.

- El propósito principal de la técnica consiste en posibilitar la administración de alimentos y/o medicamentos directamente al estómago o intestino delgado del paciente, a través de una sonda fina que se introduce por la nariz. La sonda puede ser provisional o permanente dependiendo de las necesidades del paciente.
- He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- El médico me ha explicado que la técnica consiste en pasar una sonda fina lubricada que se desliza por los orificios de la nariz, de la garganta, por el esófago hasta alcanzar el estómago o el intestino delgado. Una vez alcanzado ese punto, se desinserta un fiador metálico que facilita la colocación. Para asegurar la correcta colocación de la sonda se puede controlar con la imagen del endoscopio o con la imagen radiológica, así como estabilizar la sonda con instrumentos que pasan por el canal de trabajo del endoscopio.



- Igualmente el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica, como son la colocación de la sonda de alimentación en el estómago a través de la piel y de la pared del abdomen. Y que esto se puede realizar quirúrgicamente, con control ecográfico o ayudado por la endoscopia. El médico me ha explicado las diferencias y riesgos existentes entre unas y otras habiéndose considerado que, en mi caso particular, esta es la técnica más adecuada.
- He sido informado y comprendo que tras la realización de esta técnica endoscópica puede aparecer distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO<sub>2</sub>; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal.
- Comprendo igualmente que, a pesar de la correcta realización de la técnica, pueden acontecer efectos indeseables, tales como la distensión y

dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada cardiorrespiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación maxilar. Algunas de estas complicaciones pueden ser graves y requerir tratamiento médico quirúrgico o pudiendo ocasionar secuelas definitivas. EN casos muy excepcionales, la colocación endoscópica de una sonda de nutrición enteral puede ser causa de mortalidad debido a la evolución desfavorable de sus complicaciones.

- He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:.....  
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como: .....
- Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos quirúrgicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica endoscópica programada.
- Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me 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.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni los esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

Por ello, manifiesto **que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.**

Y en tales condiciones.

<b>DOY MI CONSENTIMIENTO</b> para que se me realice una <b>COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE UNA SONDA DE NUTRICIÓN ENTERAL.</b>	
<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b> D.N.I. Fdo.:	<b>MÉDICO:</b> Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20 _____	

He decidido <b>NO AUTORIZAR</b> la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.	
<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b> D.N.I.: Fdo.:	<b>MÉDICO:</b> Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20 _____	

He decidido <b>REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN</b>	
<b>PACIENTE/REPRESENTANTE:</b> D.N.I. Fdo.:	<b>MÉDICO:</b> Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20 _____	