	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA</b>	<b>CÓDIGO</b> R-CEX-031 <b>Versión: 01</b> <b>Vigente Desde</b> 2026.03.12
	<b>GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA</b>	

## GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

### 1. ¿Qué es la gastrostomía endoscópica percutánea?

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es un procedimiento mediante el cual se coloca una sonda de alimentación directamente en el estómago a través de la pared abdominal, utilizando guía endoscópica.

Se realiza en pacientes que no pueden alimentarse adecuadamente por vía oral pero que tienen el aparato digestivo funcional.

### 2. ¿Cómo se realiza?

El procedimiento se realiza mediante endoscopia digestiva alta bajo sedación.

Se introduce un endoscopio por la boca hasta el estómago, lo que permite identificar el sitio adecuado para la colocación de la sonda. Luego se realiza una pequeña incisión en la piel del abdomen y se inserta la sonda hasta el estómago.

La sonda queda fijada interna y externamente y permite administrar nutrición, líquidos y medicamentos.

### 3. Beneficios esperados

- Permitir nutrición adecuada y segura.
- Prevenir desnutrición y deshidratación.
- Facilitar la administración de medicamentos.
- Mejorar calidad de vida en pacientes seleccionados.

### 4. Riesgos y posibles complicaciones

Aunque es un procedimiento seguro cuando está correctamente indicado, no está exento de riesgos.

Complicaciones frecuentes:

- Dolor local en el sitio de inserción.
- Enrojecimiento o secreción leve.
- Fuga mínima de contenido gástrico.

Complicaciones poco frecuentes:

- Infección en el sitio de inserción.
- Sangrado local.

*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA**

**GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA  
EXTERNA**

**CÓDIGO**  
R-CEX-031  
**Versión: 01**  
**Vigente Desde**  
2026.03.12

- Desplazamiento accidental de la sonda.
- Obstrucción de la sonda.

Complicaciones raras pero graves:

- Peritonitis.
- Hemorragia significativa.
- Lesión de órganos vecinos.
- Perforación.
- Aspiración pulmonar.
- Complicaciones relacionadas con la sedación.
- Paro cardiorrespiratorio (excepcional).

El riesgo puede ser mayor en pacientes con enfermedad avanzada, alteraciones de coagulación o estado general comprometido.

#### 5. Cuidados posteriores y mantenimiento

Entiendo que:

- La sonda requiere cuidados diarios.
- Debe mantenerse limpia y correctamente fijada.
- Puede requerir cambio periódico.
- Puede retirarse si la condición clínica mejora o según indicación médica.

Recibiré instrucciones específicas sobre el manejo domiciliario.

#### 6. Alternativas


Las alternativas pueden incluir:

- Sonda nasogástrica.
- Nutrición parenteral.
- Manejo conservador.

Entiendo que cada alternativa tiene ventajas y riesgos propios.

No realizar el procedimiento puede favorecer la desnutrición, deshidratación o empeoramiento del estado general.

*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA</b>	<b>CÓDIGO</b> R-CEX-031 <b>Versión: 01</b> <b>Vigente Desde</b> 2026.03.12
	<b>GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA</b>	

### 7. Imposibilidad técnica o modificación del procedimiento

Entiendo que pueden presentarse circunstancias que impidan completar la colocación de la sonda, tales como:

- Anatomía desfavorable.
- Falta de adecuada transiluminación.
- Riesgo elevado de complicaciones.

En tales casos, el procedimiento podrá suspenderse o modificarse según criterio médico.

### 8. Autorización

Autorizo expresamente la realización de la gastrostomía endoscópica percutánea, así como la aplicación de todas las medidas necesarias para el manejo de eventuales complicaciones, incluyendo hospitalización, tratamiento antibiótico, procedimientos adicionales o intervención quirúrgica si fuese necesario.

## DECLARACIONES Y FIRMAS DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Documento  
No. \_\_\_\_\_

Declaro que:

He sido informado de forma comprensible de la naturaleza y los riesgos del procedimiento mencionado, así como de sus alternativas.


Igualmente, declaro que estoy informado de las formas de higiene para la adecuada realización del procedimiento, así como satisfecho de la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas mis dudas.

En consecuencia, doy consentimiento para su realización.

He sido informado de la posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento aceptando firmar la revocación en caso de que esto suceda.

Fecha: \_\_\_\_\_

*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA</b>	<b>CÓDIGO</b> R-CEX-031 <b>Versión: 01</b> <b>Vigente Desde</b> 2026.03.12
	<b>GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA EXTERNA</b>	

\_\_\_\_\_ Firma del paciente

\_\_\_\_\_ Firma del Médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente para consentir, ya sea por minoría de edad, incapacidad legal o incompetencia, con indicación del carácter con que interviene (padre, madre, tutor, entre otros).

Nombre: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

En calidad de \_\_\_\_\_ autorizo la realización del procedimiento mencionado.

Fecha: \_\_\_\_\_  
legal

\_\_\_\_\_ Firma del representante legal

**REVOCACION O DISENTIMIENTO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Documento  
No. \_\_\_\_\_

Revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y no deseo que se me realice el procedimiento.

\_\_\_\_\_ Firma del paciente

\_\_\_\_\_ Firma del médico

\_\_\_\_\_ Firma del representante legal



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA**

**GESTION DE LA ATENCION EN CONSULTA  
EXTERNA**

**CÓDIGO**  
R-CEX-031  
**Versión: 01**  
**Vigente Desde**  
2026.03.12

**CONTROL DE VERSIONES DEL DOCUMENTO**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>MODIFICACIÓN</b>
01	2026.03.12	Coordinadora de Calidad	Se crea documento

*"Asegúrese de utilizar la versión vigente del documento. La presente se considera una copia controlada"*