

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 14 de Febrero de 2020

Visto el expediente N°1967-2020, con el Informe N°001-2020-DME/HCH, del Departamento de Medicina, el Informe Técnico N°006-OGC-2020-HCH de la Oficina de Gestión de la Calidad, relacionado a la aprobación de la Guía de Procedimiento Asistencial: Gastrostomía Endoscópica Percutánea, y;

CONSIDERANDO:

Que, en el Título Preliminar de la Ley General de Salud N°26842 establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante la Resolución Directoral N°127-2008-SA-HCH/DG, se aprueba la Directiva Sanitaria N°001-HCH/OGC.V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, con el Informe N°001-2020-DME/HCH, del Departamento de Medicina, remite el proyecto de la Guía de Procedimiento Asistencial: Gastrostomía Endoscópica Percutánea, para su aprobación;

Que, con el Informe Técnico N°006-OGC-2020-HCH la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda aprobar con Resolución Directoral el citado documento, ya que impulsará la mejora de la calidad asistencial Guía de Procedimiento Asistencial: Gastrostomía Endoscópica Percutánea;

Que, la Guía de Procedimientos propuesta, tiene la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes, cumple con las disposiciones previstas en las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobada por la Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA;

Que, estando a lo propuesto por la Jefa del Departamento de Medicina, lo recomendado por la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Asesoría Jurídica en el Informe N°148-2020-OAJ/HCH, para que se apruebe la Guía de Procedimiento remitida, para tal efecto debe emitirse el acto resolutorio correspondiente;

Con el visto de las Jefaturas del Departamento de Medicina, Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;



En uso de sus atribuciones que le confiere el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA de fecha 9 de marzo de 2007;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Guía de Procedimiento Asistencial: **Gastrostomía Endoscópica Percutánea** del Departamento de Medicina que se adjunta y forma parte integrante de la presente resolución;

Artículo 2°.- ENCARGAR al Servicio de Gastroenterología del Departamento de Medicina el seguimiento y el debido cumplimiento de la Guía de Procedimiento Asistencial aprobado con el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución en el portal de transparencia estándar del Hospital.

Regístrese y Comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9634

CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes

18 FEB. 2020

Sr. Emiliano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

**Guía de Procedimiento Asistencial:
Gastrostomía Endoscópica
Percutánea**

Autores:

Álvaro Bellido Caparó

José Luis Pinto Valdivia



I. NOMBRE: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL GASTROSTOMIA
ENDOSCOPICA PERCUTÁNEA

CODIGO: GPT: 43750

II. DEFINICIÓN:



La gastrostomía consiste en la creación de una comunicación (ostoma) entre el estómago y la piel a través de una sonda flexible que le permita alimentar al paciente y recibir medicación, pero podría utilizarse también para descompresión.⁽¹⁾ La gastrostomía quirúrgica se realiza desde el siglo XIX, la primera colocación de gastrostomía endoscópica fue descrita por Gauderer en 1980.⁽¹⁾⁽²⁾

Objetivo:

Es crear un ostoma para que el paciente que tenga dificultad para nutrirse por vía oral pueda hacerlo mediante la gastrostomía, esta técnica también puede utilizarse para la descompresión gástrica.

Aspectos epidemiológicos:

La técnica de gastrostomía endoscópica se considera un procedimiento mínimamente invasivo y con una alta tasa de éxito cercana al 95 %⁽³⁾⁽⁴⁾

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG por sus siglas en inglés) está indicada en pacientes con dificultad para deglutir alimentos por más de 4 semanas, en la presencia de un tracto gastrointestinal funcional y que tengan una sobrevida mayor a 2 meses.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Las complicaciones en la gastrostomía endoscópica percutánea se producen hasta en un 50 % de los casos, las complicaciones se dividen en complicaciones menores y mayores de acuerdo a la gravedad de estas, hasta un 7 % de los pacientes con PEG presentan complicaciones mayores.⁽⁷⁾

La PEG es un procedimiento realizado por el médico gastroenterólogo, que tiene indicaciones precisas, diferentes complicaciones y un cuidado especial para la prevención y manejo de estas, es por eso que se realizó la guía de práctica clínica para la colocación y el manejo de la gastrostomía endoscópica percutánea.





FACTORES ASOCIADOS CON MAL PRÓGNOSTICO EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE PEG: ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

- **Epidemiología:**
 - Sexo masculino.
 - Edad mayor de 70 – 80 años dependiendo de la recomendación
- **Examen físico:**
 - IMC menor de 22 o mayor de 30
 - Ascitis
 - Escala de Glasgow baja
- **Patologías:**
 - Demencia.
 - Diabetes
 - Complicaciones cardiovasculares.
 - ERC
 - ITU
 - IC
 - Coagulopatía
 - Índice de Charlson (Comorbilidades) mayor a 4
 - Malignidad
 - Enfermedad neurológica degenerativa.
 - ASA 4
- **Laboratorio:**
 - Hipoalbuminemia
 - PCR elevado > 5 mg/dl
 - Anemia
 - Leucocitosis
 - Plaquetopenia
 - Hiponatremia
 - Hipernatremia
- **Fármacos:**
 - Uso de inhibidor de bomba de protones en las 48 horas previas.
- **Endoscopista inexperto.**

Recomendaciones especiales:

- En el caso de que el paciente presente PCR elevado se recomienda suspender o postergar la colocación del PEG ya que la colocación de PEG en pacientes con el PCR elevado presentan mayor mortalidad temprana.
- Cuanto mayor sea el número de factores de riesgo, mayor será la mortalidad a los 30 días post PEG.



III. RESPONSABLES:

El médico responsable del procedimiento de la Gastrostomía endoscópica percutánea es el médico gastroenterólogo asistente. El que trabajará en conjunto con un médico gastroenterólogo asistente. Junto con personal de enfermería y técnicos de enfermería. De acuerdo a la complejidad del paciente se puede requerir apoyo por parte del servicio de Anestesiología para realizar este procedimiento.



IV. INDICACIONES PARA COLOCACIÓN DE GASTROSTOMÍA.⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾

Indicaciones de colocación de PEG:	
I.	<p>Pacientes con enfermedades potencialmente reversibles en quien se espera que el PEG se removerá una vez resuelto el problema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades neurológicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Síndrome de Guillain-Barre ○ Infarto cerebral (Si disfagia persiste más de 3 semanas) ○ Trauma encéfalo craneal (Si dificultad persiste más de 2 semanas) • Quemaduras • Múltiples injurias y trauma facial
II.	<p>Pacientes con enfermedades irreversibles con sobrevida prolongada, en las que el PEG ayuda a mejorar la sobrevida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades neurológicas: Esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, infarto cerebral, encefalopatía post anóxica, tumores cerebrales, poliomyelitis, injuria cerebral traumática o quirúrgica. • Distrofia muscular progresiva. • Tumores de cabeza y cuello. (Gastrostomía percutánea por intervencionismo) • Malformaciones faciales u orofaríngeas • Dermatomiositis y polimiositis. • Cáncer de esófago y cardias (Gastrostomía percutánea por intervencionismo)
III.	<p>Descompresión gástrica</p>



V. CONTRAINDICACIONES PARA COLOCACIÓN DE GASTROSTOMÍA:⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Absolutas:	Relativas:
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de coagulación: <ul style="list-style-type: none"> ○ INR > 1.5 ○ TTP > 50 ○ Plaquetas < 50 000 • Inestabilidad hemodinámica • Infecciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sepsis ○ Peritonitis ○ Infección del sitio de acceso • Carcinomatosis • Interposición de órganos (Colon, hígado) • Ascitis severa • Alteraciones gástricas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gastrectomía total ○ Gastroparesia severa ○ Estenosis pilórica • Sobrevida menor a 2 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Organomegalia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hepatomegalia ○ Esplenomegalia • Diálisis peritoneal • Hipertensión portal y varices • Gastrectomía parcial

Recomendaciones especiales:

1. En pacientes con organomegalia se puede utilizar los estudios de ultrasonido para colocación del PEG
2. En pacientes obesos se puede colocar con algunas modificaciones.
3. Existe alto riesgo de daño uterino o fetal durante el embarazo sin embargo existe un caso reportado de colocación de PEG en una gestante de 29 semanas.
4. En pacientes con ascitis se ha colocado luego del drenaje de esta, sin embargo en el paciente cirrótico con ascitis se asocia a incremento de mortalidad.

VI. REQUISITOS

Los requisitos para la realización del procedimiento (PEG) son los siguientes:

1. Se debe verificar la indicación adecuada, ausencia de contraindicaciones, y la corrección de factores predictores de mal pronóstico que puedan ser modificables, en los pacientes que requieran PEG. ⁽²⁾
2. Se debe contar con consentimiento informado firmado por el paciente o tutor legal. (Anexo 1)
3. Se recomienda ayuno de al menos 8 horas. ⁽²⁾





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

4. Se debe realizar remoción de secreciones orales, así como limpieza y desinfección de cavidad oral. ⁽⁶⁾
5. Se recomienda profilaxis antibiótica con cefalosporina 1 g, 1 hora previo al procedimiento. ⁽²⁾
6. Se recomienda el Manejo de antiagregación y anticoagulación en pacientes con PEG:⁽⁸⁾
 - 6.1 La colocación del PEG se considera un procedimiento de alto riesgo de sangrado. 2.5 %
 - 6.2 Se recomienda corregir cualquier coagulopatía previa al procedimiento.
 - 6.3 Se recomienda suspender el uso de IRSS previo a colocación de PEG.
 - 6.4 Suspender AAS o clopidogrel 7 a 10 días previos si el riesgo de tromboembolismo es bajo.
 - 6.5 Continuar AAS si el riesgo de tromboembolismo es alto.
 - 6.6 La warfarina se debe discontinuar 7 días previos, en paciente con alto riesgo de tromboembolia se recomienda terapia puente con heparina de bajo peso molecular. La cual se recomienda suspender 8 horas previas y se reinicia 2 a 6 horas luego del procedimiento.



VII. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR:

7.1: Equipos biomédicos

- 01 Torre de video endoscopia.
- 01 Gastroscopio con válvulas de canal de trabajo: agua –aire, aspiración y biopsia.
- 01 Aspirador de secreciones
- 01 Oxímetro de pulso
- 01 Balón de oxígeno
- 01 Bisturí hoja ..
- 01 Sonda de Gastrostomía N° 20 o N°24 o 01 Botón de gastrostomía

7.2: Material médico no Fungible:

- 01 Boquillas
- 01 Riñonera
- 01 Cubeta para preparación de sedación

7.3: Material médico fungible:

- 01 Frasco de aspiración de 1.5 L o 3L
- 04 Pares de guantes quirúrgicos N° 6.5
- 04 Pares de guantes quirúrgicos N° 7.5
- 02 Mandilones con puño



04 Unidades de gasas 10 x10 no estéril

7.4: Medicamentos

- 1 puff Lidocaína al 10 % spray
- 01 Tubo de Lidocaína al 2 % gel
- 01 Ampolla de Midazolam 5 mg/ml
- 01 Ampolla de Petidina 100 mg/2ml
- 01 Fco de Simeticona 80 mg gotas
- 01 Foc de Propofol al 1 % 20 cc

7.5: Soluciones

- 01 Frasco de Alcohol de 92 grados
- 01 Frasco de Yodopovidona

7.6 Otros:

- Mobilario:
- Camilla de procedimientos rodante con barandas
- Mesa de Mayo

VIII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Procedimiento: ⁽²⁾(6)

1. Paciente en posición supina, monitorizado (FC, PA, SO2).
2. Desinfección de pared abdominal.
3. Endoscopia completa con insuflación máximo con AIRE o CO2.
4. El sitio exacto se determina por transiluminación y palpación manual desde el exterior para confirmar localización adecuada en la unión de antro y cuerpo hacia pared anterior.
5. El mejor sitio de inserción es sobre la línea Alba, para evitar el daño muscular.
6. Luego se introduce una guía a través de un catéter.
7. La técnica de Pull o Jalar es la que utilizamos en el hospital, consiste en extraer la guía por la boca utilizando el asa. La guía se fija al final del tubo de alimentación y es jalado a través de la boca hasta fijarlo al estómago y pared abdominal.

Cuidados post inserción: ⁽⁶⁾(8)

1. Se recomienda descanso en cama de 6 horas luego de procedimiento.
⁽⁶⁾Evaluación de dolor abdominal, sangrado o fuga peritoneal.
2. Analgesia
3. Se puede administrar dieta líquida desde las 4 horas posterior al procedimiento.
4. Evaluar el estoma a diario. En busca de signos de dolor, pus, fuga.





“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
 “Año de la Universalización de la Salud”

5. Nutrición a 45 grados.
6. Introducir el tubo 1 a 2 cm y girar 180 grados en sentido horario y antihorario.
7. Se debe permeabilizar el PEG con 30 cc antes y después de cada comida.
8. Se debe realizar limpieza diaria del tubo y sus componentes con torunda, jabón y agua tibia.
9. Uso de ropa ligera.
10. Administración de nutrientes.
 - o Se recomienda uso de fórmulas.
11. Administración de medicamentos:
 - o Diluir en 30 cc

Remoción y recambio de PEG: ⁽²⁾⁽⁶⁾

- **Remoción:**

Se recomienda remoción cuando ya no se necesita más o presenta complicaciones

- **Recambio:**

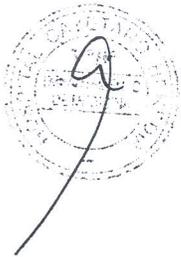
El recambio se debe realizar cada 3 a 6 meses que puede extenderse a 12 a 18 meses dependiendo del cuidado.

Técnicas:

- Endoscópica:
- Percutáneo: Se prefiere en pacientes en los que es difícil realizar endoscopia.

IX. COMPLICACIONES ⁽²⁾⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Complicaciones mayores: 7 %	Observaciones/ Prevención	Tratamiento
Neumonía Aspirativa	El PEG no ha demostrado disminuir el riesgo de neumonía aspirativa. Evitar dar grandes volúmenes, elevar cabecera a 45 °	Antibioticoterapia
Hemorragia:	Riesgo de sangrado 2.5 % Alto riesgo en paciente con coagulopatía. Manejo adecuado de antiplaquetarios y antitrombóticos. Suspender inhibidores de recaptación de serotonina	Sangrado menor: Compresión sobre la herida, y compresión con el protector externo por 48 horas. Sangrado importante: manejo endoscópico o quirúrgico. Puede requerir estudio tomográfico en algunos casos.
Perforación	Los órganos que se dañan más	El neumoperitoneo

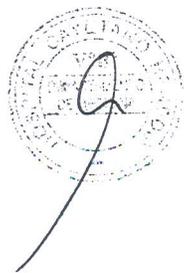


intestinal o daño de órgano	frecuentemente son colon e intestino delgado. Más frecuente en ancianos, cirugía abdominal previa.	aparece hasta en un 50 % de RX las primeras 24 horas. Se considera patológico si presenta signos peritoneales o dura más de 72 horas. En caso de inestabilidad hemodinámica realizar TAC con contraste hidrosoluble o fluoroscopia.
Fasceitis necrotizante	Complicación rara pero fatal. Se presenta como eritema, dolor y presencia de ampollas. Se previene manteniendo el freno externo a 1 o 2 cm de piel.	Debridamiento quirúrgico, antibioticoterapia de amplio espectro, e ingreso a UCI.
Siembra metastásica:	Posibilidad de siembra a nivel de peritoneo por arrastre en tumores de cabeza y cuello.	Valorar colocación fluoroscópica o técnica de empujar.
Cáncer gástrico:	En el estudio de Tsao CC et al que estudio 3505 pacientes post PEG, demostró un riesgo incrementado en 5 veces de desarrollar un cáncer gástrico	
Síndrome de BuriedBumper (Cyrany)	La incidencia es de 1 %. Suele suceder a partir de la semanas 3. Migración del PEG a submucosa o muscular por exceso de tracción. Dejar una distancia de 1 cm de la piel, y girar 180 grados.	Diagnóstico es endoscópico. Si se encuentra debajo de mucosa puede extraerse con esfinterotomo, NeedleKnife. Si se encuentra en muscular el manejo es quirúrgico.





	Observaciones	Tratamiento
Complicaciones menores: 50 %		
Formación de granuloma	Se produce por fricción y fuga de fluido. Suele ser vascularizado. Riesgo de infección y sangrado	Antibiótico tópico. Dosis bajas de corticoide tópico Cauterización con nitrato de plata Remoción quirúrgica
Infección de herida operatoria	Complicación más frecuente 5 a 65 %. La profilaxis antibiótica previa al procedimiento ha demostrado disminuir la incidencia de esta complicación.	Infección local: Antibiótico tópico. Sepsis: Antibiótico oral o endovenoso.
Fuga	Más frecuente en los primeros días. Es importante descartar: Cierre apretado con protector externo, infección, ulceración o síndrome de BumperBuried.	En casos de que el tracto se encuentre maduro (Luego de 7 días), se puede extraer el tubo por 1 o 2 días para lograr cierre parcial. No colocar tubo de mayor grosor.
Remoción inadvertida de PEG	Ocurre hasta en 4 % de pacientes.	Si ocurre en primer mes riesgo de fuga intraperitoneal por que no está formado el tracto fistuloso. Se requerirá NPO, antibiótico y monitoreo. Si ocurre luego del primer mes, colocar nuevo PEG a la brevedad o en su defecto sonda Foley. (Lorendo)
Obstrucción de tubo	Usar solución de salino 50 cc antes y después de comidas. Diluir los fármacos.	Un trabajo sugiere que el uso de bicarbonato de soda con enzimas pancreáticas y bebidas carbonatadas favorecen la repermabilidad de



		este.
Neumoperitoneo	Solo significativo si persiste más de 72 horas o tiene signos peritoneales.	
Obstrucción de la salida gástrica	Por migración del PEG, hacia el tracto de salida del estómago.	Mantener el freno externo a 1 o 2 cm de la piel.
Síndrome de realimentación	Control de los electrolitos.	

X. Referencias Bibliográficas:

1. Sutcliffe J, Wigham A, Mceniff N, Dvorak P, Crocetti L, Uberoi R. CIRSE Standards of Practice Guidelines on Gastrostomy. CardiovascInterventRadiol. 2016; 39 (7):973-87
2. Frigal-Ruiz AB, Lucendo AJ. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy. A practical Overview on its indications, placement conditions, managements and nursing care. 2015, 38 (5): 354-366
3. Barbosa M, Magalhaes J, Marinho C, Cotter J. Predictive factors of early mortality after percutaneous endoscopic gastrostomy placement: the importance of C reactive protein. ESPEN 2016, :19-23
4. Hucl T, Spicak J, Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy, Best practice & Research Clinical Gastroenterology (2016); 30 (5): 769 – 781
5. Hede GW, Faxen – Irving G, Olin AO, Ebbekson B, CrisbyN, Nutritional assessment and post procedural complications in older stroke patients after insertion of precuntaneous endoscopic gastrostomy – a retrospective study. Food & Nutrition Research. 2016, 60:
6. Pih GY, Na HK, Ahn JY, Jung KW, Kim DH, Lee JH, Choi KD et al. Risk factors for complications and mortality of percutaneous endoscopic gastrostomy insertion. BMC Gastroenterology 2018; 18 (101): 1-10
7. Muratori R, Lisotti A, Fusaroli P, Caponi A, Gibiino G. Severe hypernatremia as a predictor of mortality after percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) placement. Dig Liver Dis 2016, 49 (2): 181 – 187
8. Moriwaki Y, Otani J, Okudo J, Zotani H, Kasuga S. Percutaneous sonographicallyassited endoscopic gastrostomy for difficult cases with interposed organs. Nutrition 2018: 54: 100 - 104
9. 17.- Cyrany J, Rejchrt S, Kopacova M, Bares J. Buried bumper syndrome: A complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. World J Gastroenterol 2016, 22 (2): 618 -27
10. 18.-Tsao CC, Lee SY, Chang WK, Lin KT, Hsu SD, Tsai CL, Lin CS. Risk of gastric cancer following percutaneous endoscopic gastrostomy: A nationwide population-based cohort study. Med Hypothesees 2018; 118: 93 -97





XI. Anexos
Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA :

Yo, _____, identificado/a con D.N.I. N° _____, N° Historia clínica _____ manifiesto que: que he sido informado (a) por el Dr.(a)..... Acerca del procedimiento de Gastrostomía. Entiendo que es un examen que consiste en la creación de una comunicación (ostoma) entre el estómago y la piel a través de una sonda flexible que se utiliza principalmente para alimentar al paciente. La técnica de gastrostomía endoscópica se considera un procedimiento mínimamente invasivo y con una alta tasa de éxito cercana al 95 %.El procedimiento de Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es un procedimiento que se realiza bajo sedación, o dependiendo de la complejidad del caso con apoyo de anestesiología. Los medicamentos utilizados pueden causar irritación local y/o reacción al medicamento.

La gastrostomía es un procedimiento electivo, no es considerado un procedimiento de emergencia, por lo que se recomienda que el paciente se encuentre en la mejor situación clínica posible para realizarse este procedimiento. Se recomienda postergar el procedimiento si paciente presenta inestabilidad hemodinámica, trastorno de coagulación, o infección.

Las complicaciones se dividen en complicaciones menores las más frecuentes y mayores (7 %), estas complicaciones suelen manifestarse durante las primeras semanas de uso de la gastrostomía. Dentro de las complicaciones menores son: Formación de granuloma, infección de herida operatoria, fuga, remoción inadvertida del tubo, obstrucción del tubo. Dentro de las complicaciones mayores son: Neumonía aspirativa, hemorragia, perforación intestinal y fasciitis necrotizante.

Entiendo que debo informar al médico sobre alergias, uso de anticoagulantes y antiagregantes, y sobre mi historia y antecedentes médicos sin omitir ninguna información. Al firmar este documento usted autoriza a los médicos del Hospital Nacional Cayetano Heredia a realizar el examen indicado por su médico tratante, el cual ha sido detallado arriba. Por favor infórmenos de cualquier duda que tenga con respecto al examen antes de firmar la autorización.

Por lo tanto, **EN FORMA CONSCIENTE Y VOLUNTARIA DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice la colocación de la gastrostomía endoscopia percutánea, teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Fecha:.....Hora.....





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

Firma: _____



Nombre y apellidos _____

N° DNI _____

Paciente o Representante

Firma: _____



Nombre y apellidos _____

N° DNI _____

Representante

Firma : _____

NOMBRE: _____

DNI: _____

CMP: _____ RNE: _____

Médico Responsable del Procedimiento

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Don (Doña) _____ identificado con DNI N° _____ H.Clinica N° _____

En mi calidad de paciente () o como representante legal de paciente (), en pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de los riesgos y peligros, declaro mi revocatoria al consentimiento para la realización del procedimiento, eximiendo de responsabilidades de las consecuencias de dicha decisión al personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia de acuerdo a lo establecido en el Art 4to de la Ley 26842 Ley General de Salud.

Fecha:.....Hora.....

Firma: _____



Nombre y apellidos

DNI:.....

