

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en cambiar la sonda de alimentación que llega hasta su estómago, por otra similar.

Una sonda de primera puesta tiene una duración de uso limitada, en función de su situación específica se suele retirar o cambiar a partir de los 4- 6 meses y como máximo antes del año de su inserción.

El recambio de la sonda se puede hacer mediante la extracción directa de la sonda a través del estoma (abertura que lleva en su abdomen), o mediante endoscopia (introducción de un gastroscopio por la boca) por el que retira y se extrae la sonda. Una vez retirada se procede a implantar una nueva sonda de alimentación (sonda de balón, sonda de botón con balón o sonda de balón gastroyeyunal).

La duración del procedimiento varía entre 20 a 30 minutos que puede ser mayor en función de las características del paciente.

Si se realiza mediante endoscopia, la intervención se hace con sedación anestésica.

La finalidad es el recambio de la sonda antigua por una nueva para mantener abierto el estoma entre el estómago y la piel y poder continuar nutriendo al paciente y evitar complicaciones (obstrucciones, infecciones, etc), por la duración limitada de las sondas.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Náuseas, vómitos y sensación de presión y/o dolor en el abdomen.
- Rotura de la sonda.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Fugas de contenido gástrico.
- Mala ubicación de la sonda.
- Migración (desplazamiento) del dispositivo.
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).
- Infección de la zona de inserción de la sonda.
- Infección generalizada (sepsis).
- Por la exposición a los rayos X, se pueden originar efectos nocivos en el organismo.
- En mujeres embarazadas existe la posibilidad de malformaciones fetales.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....
 CIP AUTONÓMICO.....
 Nº Htª CLÍNICA.....
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Endocrinología

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “RECAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMÍA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Endocrinología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Fdo. Paciente: