

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSTOMÍA-YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA RADIOLÓGICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La gastrostomía o gastroyeyunostomía de alimentación consiste en la colocación de una sonda especial en el interior del estómago o yeyuno (parte del intestino delgado), con salida a través de la pared abdominal, cuando por cualquier circunstancia patológica como tumores, lesiones cáusticas, traumatismos, trastornos motores de la motilidad intestinal, etc, no existe la posibilidad de alimentar al enfermo por la vía oral.

La gastrostomía/gastroyeyunostomía puede ser temporal o permanente y se realiza utilizando una técnica de imagen como guía con contraste, para que sea lo más precisa posible:

- Cuando es temporal, se espera que una vez superado el problema médico que indicó la realización de la misma, se pueda retirar la sonda y se reinicie la alimentación por boca.
- Cuando es permanente, la sonda será colocada para no retirarla nunca, en este caso la sonda hay que cambiarla con cierta periodicidad por deterioro, mal funcionamiento, etc.

Este procedimiento se realiza por lo general con sedación, aunque si está contraindicada por alto riesgo anestésico, se puede colocar con anestesia local y analgesia intravenosa.

Esta técnica tiene como finalidad asegurar la alimentación del paciente y evitar la nutrición por vía venosa o por sonda nasogástrica de forma prolongada.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pese a la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor abdominal.
- Malestar.
- Fiebre.
- Infección local.
- Reflujo de jugo gástrico/ intestinal alrededor de la ostomía.
- Lesiones en la piel.
- Irritación de la pared abdominal.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Hematoma en la pared abdominal.
- Infección generalizada.
- Infección de herida quirúrgica.
- Desplazamiento de la sonda.
- Salida o desplazamiento de la sonda.
- Salida del contenido del estómago a la cavidad abdominal.
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).

- Infección del pulmón o neumonía por paso del contenido del estómago al pulmón.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.
- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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.

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia o si es alérgico al contraste. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

Imposibilidad de tener un trayecto de punción seguro, por posición muy alta del estómago (hernia de hiato gigante, elevación diafragmática, resección de la mayor parte del estómago), o por interposición de intestino o del hígado.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Alimentación parenteral (vía venosa).
- Nutrición prolongada por sonda nasogástrica (tubo flexible desde la nariz hasta el estómago).
- Intervención quirúrgica abierta o laparoscópica asistida o no con robot.

AUTORIZACIÓN PARA "GASTROSTOMÍA - YEYUNOSTOMÍA PERCUTÁNEA RADIOLÓGICA"

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.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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:

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: