

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA YEYUNOSTOMÍA Y COLOSTOMÍA PERCUTÁNEA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste en colocar una sonda en el interior del yeyuno o del colon con salida al exterior a través de la pared abdominal. Dependiendo del segmento de intestino que se aboca al exterior, recibe el nombre de yeyunostomía (porción intermedia del intestino delgado) ileostomía (porción final del intestino delgado) o colostomía (intestino grueso). Se realiza con control radiológico para comprobar que la cánula se localiza en el lugar adecuado.

En el caso de la yeyunostomía el bolo alimenticio o las heces saldrán por la abertura realizada en el abdomen y se recolectan en una bolsa.

La yeyunostomía y colostomía pueden ser temporales o permanentes, según el motivo por el que se coloca:

- Cuando es temporal, se espera que una vez superado el problema médico que indicó la realización de la misma, se pueda retirar la sonda.
- Cuando es permanente la sonda hay que cambiarla con cierta periodicidad por deterioro, mal funcionamiento, etc.

Este procedimiento se realiza por lo general con sedación.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la técnica es permitir el paso del bolo alimenticio y de las heces al exterior a través del abdomen evitando su tránsito por las partes afectadas del intestino.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos del procedimiento son:

Riesgos frecuentes:

- Dolor abdominal.
- Malestar.
- Fiebre.
- Hematoma.
- Infección local.
- 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.
- Hemorragia gastrointestinal.

- Infección de herida quirúrgica.
- Peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal).
- Salida o desplazamiento de la sonda.
- 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, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Cirugía abierta o laparoscópica.

AUTORIZACIÓN PARA "YEYUNOSTOMÍA Y COLOSTOMÍA PERCUTÁNEA"

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.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Radiología

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: