

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

..... EDAD:.....

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN: GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención a la que usted va a someterse se llama gastrostomía endoscópica percutánea y consiste en establecer una comunicación entre el estómago y la pared del abdomen por donde se coloca una sonda de nutrición. Es una técnica cuyo objetivo es proporcionar una vía de alimentación a personas que, por diferentes motivos, no pueden ingerir alimentos adecuadamente por la vía oral de forma provisional o permanente.

CÓMO SE REALIZA

Se realiza con ayuda de un tubo flexible con un sistema de iluminación y una cámara (endoscopio), que se introduce por la boca hasta el estómago a fin de localizar el lugar idóneo donde realizar la comunicación entre el estómago y la pared del abdomen y auxiliar en las maniobras de colocación de la sonda. Se lleva a cabo en posición de decúbito supino (boca arriba) y dura unos 30 minutos.

Dada la necesidad de estar boca arriba y la dificultad que suele haber para controlar las secreciones, saliva, etc., frecuentemente se va a realizar bajo anestesia general o sedación anestésica vigilada. En tal caso será revisado previamente por el Anestesiólogo.

Algunas circunstancias debidas a alguna disposición especial de los órganos abdominales pueden impedir encontrar un lugar seguro por donde establecer la comunicación e impedir la realización de la técnica.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Puede ocasionar discreto malestar en el abdomen y náuseas, que generalmente desaparecen al respirar hondo. En el punto de colocación de la sonda puede haber malestar. Puede quedar cierta falta de sensibilidad en la garganta que desaparece en 1 hora aproximadamente, así como gases debido al aire que se le insufló.

Las sondas de gastrostomía tienen una duración limitada, aunque larga. Si la necesidad de esta forma de alimentación va a ser muy prolongada o permanente, hará falta recambiarla por otra en un plazo más o menos largo. La mayoría de las

sondas que se colocan por vía endoscópica pueden retirarse por el orificio de la pared abdominal para poner una nueva y no suele ser necesaria una nueva endoscopia. Si llega un momento en que ya no es necesaria, se puede retirar y el orificio se cierra solo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Permite una alimentación adecuada en personas con dificultad o imposibilidad para tragar.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

La alimentación se puede proporcionar también mediante sondas naso-gástricas (pasan por la nariz). Sin embargo, en ciertas circunstancias o si una sonda nasogástrica ocasiona problemas o complicaciones puede ser más conveniente establecer una gastrostomía. La otra forma habitual de llevar a cabo esta técnica es mediante cirugía, lo que requiere mayor tiempo anestésico y una abrir la pared abdominal y el estómago, lo que conlleva más riesgos y complicaciones.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Se pueden producir efectos adversos por la medicación o la sedación administrada, principalmente reacciones alérgicas, que pueden obligar a interrumpir o dar por terminada la técnica.

• LOS MÁS GRAVES:

Puede ocurrir aspiración de contenido a las vías respiratorias, y en el lugar de colocación de la sonda se puede producir hematoma, hemorragia o infección. En general sólo obligan a prolongar los cuidados posteriores y llevar a cabo su tratamiento específico. Ocasionalmente no obstante pueden ser graves y requerir tratamiento quirúrgico.

También es posible el desplazamiento del tubo de gastrostomía a cavidad peritoneal que puede requerir intervención quirúrgica para su recolocación.

Mortalidad: La derivada de la técnica es muy baja. En la mayoría de los casos en que esto ocurre se debe a la enfermedad que motiva su realización y no a la técnica en sí.

Alergias a medicamentos: Debe usted informar previamente si tiene alergia a anestésicos o sedantes a fin de evitar su empleo si están contraindicados. Aunque la alergia a contrastes yodados no supone contraindicación, es necesario que su médico lo sepa.

Enfermos con tratamiento antiagregante o anticoagulante: Pueden aumentar el riesgo de hemorragia y se deben tomar precauciones al respecto.

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos, para documentar mejor el caso

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.
En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

___SI___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI___NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Apellidos y nombre del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....