

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTRO-YEYUNOSTOMÍA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Nº de Historia:

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del paciente)

Don/Doña:....., deaños de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio en: y DNI:
(Domicilio del representante legal)

En calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

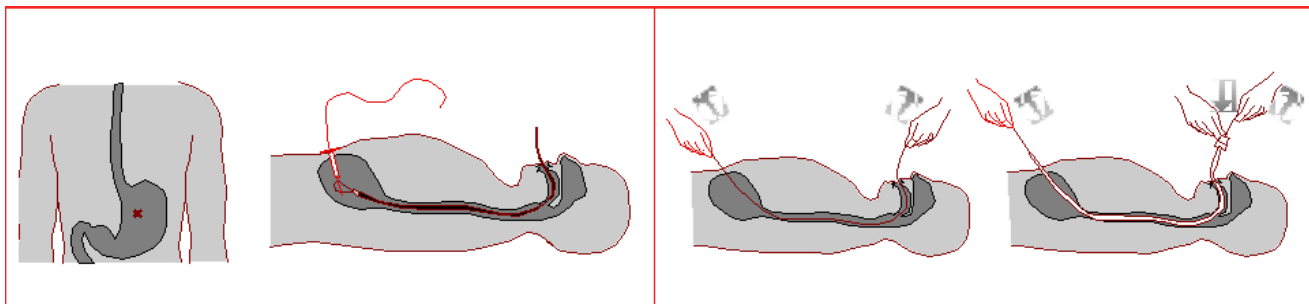
Que el DOCTOR/A
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una GASTRO-YEYUNOSTOMÍA ENDOSCOPICA PERCUTANEA.

1.- Es una técnica que, bajo control endoscópico, tiene como finalidad crear una fístula o comunicación, permanente o temporal, entre el estómago o yeyuno y la piel, con el fin de asegurar la alimentación enteral (directamente a estómago o intestino delgado) del paciente, de forma provisional o permanente, cuando no se pueda utilizar la alimentación por vía oral.

2.- El procedimiento, siempre con indicación del médico especialista, y sobre todo en determinados pacientes, puede hacer recomendable o necesaria la sedación, la anestesia general y/o la utilización de un anestésico tópico en la zona de colocación de la ostomía. También se me ha informado de los posibles riesgos de la sedación, de la anestesia local y de la anestesia general.

3.- Se introduce el endoscopio por vía oral con ayuda de un abre bocas y por transluminación se señala la zona del estómago o yeyuno donde se va a colocar la sonda de gastrostomía o yeyunostomía. Una vez localizada se desinfecta la piel y se anestesia localmente la zona, se realiza una pequeña incisión que permita el paso de un trócar y una guía que, recogida con el endoscopio, permite la posterior colocación de una sonda de gastrostomía o yeyunostomía que crea una fístula entre la piel y el estómago o yeyuno para permitir la alimentación enteral a través de ella. Esta fístula puede ser provisional o permanente, en cuyo caso puede requerir recambios de la sonda periódicos.



4.- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, distensión, dolor abdominal, hipotensión, hematoma, obstrucción, náuseas, vómitos y extracción de la sonda de ostomía, reacción alérgica y flebitis, arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), peritonitis, impactación del retenedor, daños dentales y subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. En situaciones de urgencia, puede ser necesaria su realización sin una correcta preparación.

También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma,...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones como

6.- El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice una **GASTRO-YEYUNOSTOMÍA ENDOSCOPICA PERCUTANEA.**

En a
(Lugar) (Fecha)
Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de, años de edad
(Nombre y dos apellidos del paciente)
con domicilio en y DNI.....
(Domicilio del paciente)

Don/Doña de, años de edad
(Nombre y dos apellidos del representante legal)
con domicilio en y DNI.....
(Domicilio del representante legal)

en calidad de..... de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En a
(Lugar) (Fecha)
Fdo: El/la Médico Fdo: El/la Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado