

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de gastrostomía endoscópica percutánea

Pegatina con los datos personales y de identificación del niño a intervenir

Don/Doña _____, con domicilio en _____, c/ _____ Y con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____, con la historia clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. / Dra. _____ me ha informado de la necesidad de realizar una Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) a mi hijo/a.

1. El propósito principal de la intervención es conseguir y mantener un correcto estado nutricional del paciente en situaciones en las que no es posible conseguirlo mediante alimentación por vía oral, y evitar las complicaciones e incomodidades de la alimentación por sonda nasogástrica.

2. La intervención precisa Anestesia General, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.

3. La intervención se realiza con la ayuda de un endoscopio que se introduce por la boca hasta el estómago para controlar una punción que realizamos a través de la piel de la pared abdominal hasta el estómago, e implantamos a través de ella una sonda de alimentación, quedando un tope interno de la sonda en el interior del estómago y la sonda exteriorizada por la pared abdominal. La recuperación tras la anestesia suele ser rápida. El niño estará unas horas en la Unidad de Reanimación y después pasará a su habitación. En 12 . 24 horas podrá iniciar su alimentación a través de la sonda. La duración de la estancia en el hospital dependerá de la evolución del paciente. La gastrostomía requiere unos sencillos cuidados diarios a nivel de estoma y de la sonda para evitar la aparición de complicaciones (irritación o infección de estoma, obstrucción de sonda, salida de sonda). Será necesario el recambio de la sonda cuando esta se deteriore o no funcione adecuadamente. Se podrá realizar cambio de sonda por botón de gastrostomía pasados unos 6 meses de la colocación de la sonda.

4. Las alternativas serían la colocación de una sonda de gastrostomía mediante cirugía abierta o continuar la alimentación enteral por sonda nasogástrica, lo cual no es recomendable si se prevé su necesidad por largos periodos de tiempo.

5. Dadas las características del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada

6. Las posibles complicaciones derivadas específicamente de esta intervención son: intolerancia al material de la sonda, granuloma o infección del estoma, pérdida de contenido gástrico alrededor de la sonda, obstrucción de la sonda, salida total o parcial de la sonda, hemorragia, perforación intestinal (esófago, estómago, colon) y las complicaciones derivadas del uso del material de quirófano (bisturí eléctrico, manta térmica, etc.) y las posturales. Es importante tener en cuenta que en caso de malnutrición siempre existe el riesgo de una inadecuada cicatrización. En ocasiones es necesario cerrar quirúrgicamente el orificio, si no lo hace de modo espontáneo en un periodo razonable, una vez que se retira la sonda por cesar su necesidad.

7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que

podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario

10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de gastrostomía endoscópica percutánea, de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello

DOY MI CONSENTIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra

D.N.I.: _____

Firma autorizada: _____ VºBº niño

Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____

Médico informante

Dr./Dra. _____

NºCol. / C.N.P.: _____

Firma:

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que NO AUTORIZA
Médico Informante Testigo

(Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra _____

DNI : _____

Firma:

Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____

Médico informante

Dr./Dra. _____

CNP/NºCol.: _____

Firma:

Testigo

Sr.Sra. _____

DNI : _____

Firma:

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha _____, y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre : _____

Dr./Dra. _____

Firma:

Firma:

Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____