

Documento de consentimiento informado gastrostomía percutánea

Nombre del paciente _____

N. Historia Clínica _____

Nombre del médico que le informa _____

INFORMACIÓN GENERAL

La gastrostomía percutánea es una intervención que consiste en colocarle un tubo (catéter) desde la piel hasta el estómago para que pueda alimentarse. El tipo de anestesia requerida será la indicada por los médicos especialistas. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Es muy importante que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA

Se le pinchará el estómago a través de la piel y a continuación se le colocará un tubo (catéter) por el que se podrá alimentarle. La duración de la intervención será, aproximadamente, de 30-60 minutos. Durante la intervención se le administrará anestesia local y sedación. También cabe la posibilidad de que durante la intervención haya que realizar modificaciones de la misma para proporcionar un tratamiento más adecuado.

En esta intervención se utilizará un medio de contraste que contiene yodo. Si usted ha presentado anteriormente alergia a este tipo de contraste debe advertirlo para tomar las medidas oportunas.

RIESGOS DE LA GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), y los específicos del procedimiento.

Los beneficios que se pretenden conseguir con esta intervención superan los posibles riesgos que a continuación le exponemos:

Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser:

- Leves: náuseas, vómitos, picores o urticaria.
- Raramente graves: dificultad para respirar, arritmias, alteraciones de los riñones.
- Excepcionalmente, la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

Por la técnica que vamos a realizar:

- Dolor abdominal, malestar y fiebre que suelen resolverse en 1 o 2 días.
- Acumulación de sangre en la pared abdominal (hematoma). Normalmente la hemorragia es pequeña, pero si fuera severa requeriría transfusión de sangre.
- Salida del contenido del estómago a la cavidad abdominal (peritonitis) que podría requerir tratamiento quirúrgico urgente.
- Infecciones. Son bastante raras, las más frecuentes son las de la piel, que suelen responder a tratamiento local.
- Infección del pulmón, por paso del contenido del estómago al pulmón (neumonía por aspiración).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Por las características de esta intervención, puede tener una probabilidad de riesgo asociado al uso de radiaciones ionizantes.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En la actualidad, las alternativas son colocarle el tubo mediante endoscopia o intervención quirúrgica, o bien introducirle un tubo flexible (sonda) desde la nariz hasta el estómago.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene alguna duda, por favor, no dude en preguntar al médico especialista responsable.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi CONSENTIMIENTO para que me sea realizada la GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA.

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma:

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma:

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi REVOCACIÓN de consentimiento para su realización, prestado en fecha _____, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

MÉDICO INFORMANTE:

PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):

TESTIGO:

de Colegiado:

D.N.I.:

D.N.I.:

Nº

Firma:

Firma:

Firma: