

Consentimiento informado para cambio de sonda de Gastrostomía

Nº de historia

D/Dª.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio eny DNI nº:.....

D/Dª.....de.....años de edad.
(nombre y dos apellidos del representante legal)

Con domicilio eny DNI nº:..... en Calidad dede.....

(representante legal, familiar o allegado)

(nombre y dos apellidos del paciente)

Declaro

Que el Doctor/a
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

Información sobre el procedimiento

Una sonda de gastrostomía tipo PEG tiene una duración limitada y debe retirarse o cambiarse a partir de los 6 meses, y siempre antes del año, de haber sido implantada. Para el recambio de la sonda deberá citarse con la Unidad de Endoscopias del Hospital.

Antes de retirar la sonda de gastrostomía es conveniente sedar al paciente, ya que el procedimiento es doloroso.

Contraindicaciones para realizar el cambio de sonda

No existen complicaciones absolutas.

Instrucciones para el paciente

- Traiga leído y firmado el consentimiento informado (paciente y facultativo solicitante).
- Traiga leído y firmado el consentimiento informado de sedación (se adjunta aparte).
- En caso de tomar medicación anticoagulante (Sintrom® o Pradaxa®) consulte previamente con su médico.
- En caso de tomar medicación antiagregante consulte previamente a su médico.
- La mañana del procedimiento, deberá acudir en ayunas de al menos 8 horas.

Información para el paciente

La retirada de la sonda es un procedimiento que tiene algunos riesgos, aunque extremadamente infrecuentes, que usted debe de conocer:

- 1 **Rotura de la sonda:** Es necesario tirar de la sonda para extraerla del estómago y durante la tracción puede romperse. En este caso puede ser necesario realizar una gastroscopia para extraer el fragmento de sonda que quedó dentro del estómago. Si dicho fragmento no se pudiera extraer endoscópicamente, se podría optar por empujar la sonda dentro del estómago para que se expulse con las heces. Ello entraña el riesgo de que la porción gástrica de la sonda produzca obstrucción de la salida del estómago o del intestino.

- 2 **Hemorragia:** La extracción de la sonda puede producir desgarros de la pared del estómago y del abdomen que pueden conllevar el riesgo de sangrado. Aunque éste suele cesar espontáneamente, el paciente podría requerir ingreso hospitalario, transfusión de hemoderivados y otras medidas terapéuticas.
- 3 **Fuga de contenido gástrico:** La extracción de la sonda puede dejar un orificio de entrada en el estómago más grande que el inicial y, a través de dicho orificio, puede salir contenido gástrico. Generalmente, esto se puede solucionar utilizando una sonda más gruesa. Si esto no fuera posible, se suturará parcialmente el orificio de entrada en el estómago.

A estas posibles complicaciones, hay que añadir las inherentes a la sedación.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 (beneficios, riesgos y alternativas) y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.**

Y en tales condiciones.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice el CAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMÍA	
PACIENTE/REPRESENTANTE: D.N.I. Fdo.:	MÉDICO: Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

He decidido NO AUTORIZAR la realización del procedimiento que me ha sido propuesto.	
PACIENTE/REPRESENTANTE: D.N.I.: Fdo.:	MÉDICO: Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	

He decidido REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN	
PACIENTE/REPRESENTANTE: D.N.I. Fdo.:	MÉDICO: Nº Colegiado: Fdo.:
En _____, a _____ de _____ de 20____	