

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GASTROSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

Nº de Historia:

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 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)

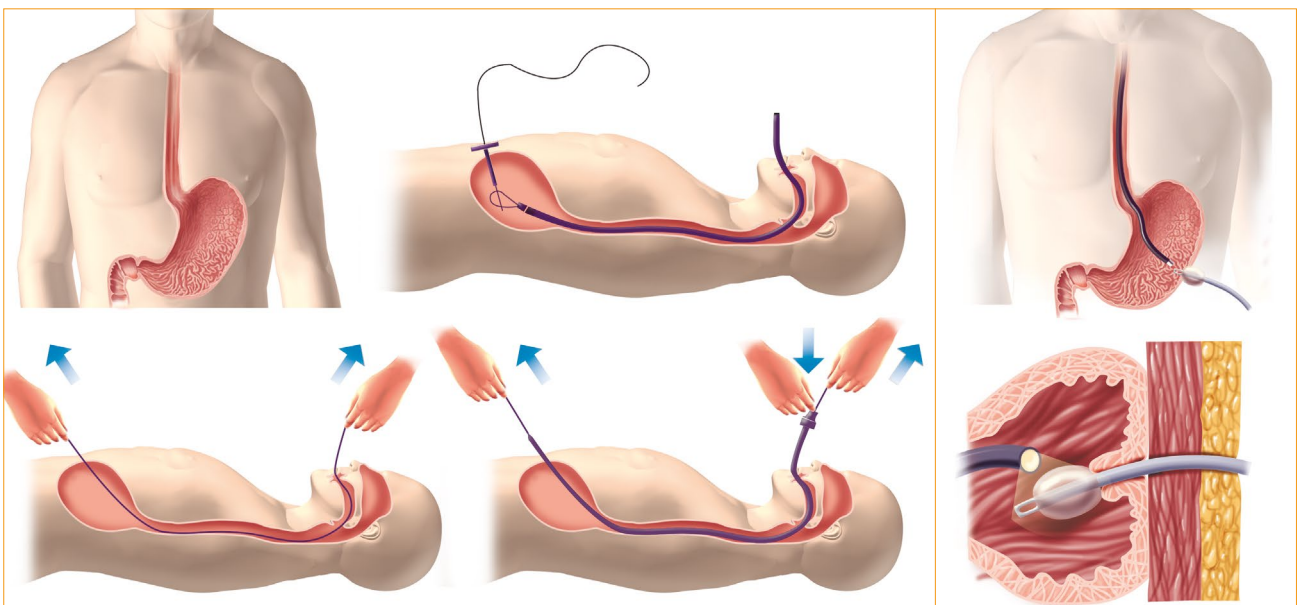
DECLARO

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 **GASTROSTOMÍA (GEP) O YEYUNOSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.**

- ▶ El propósito principal de la técnica consiste en crear una fístula o comunicación entre el estómago o yeyuno y la piel con el fin de asegurar la alimentación enteral, la administración de líquidos y/o medicamentos (directamente al estómago) del paciente, de forma provisional o permanente, en pacientes con dificultades para tragar o imposibilidad para nutrirse adecuadamente por vía oral.
- ▶ He sido informado que el procedimiento suele llevarse a cabo con sedación y/o anestesia, de todo lo cual me informará el médico responsable de la misma.
- ▶ El médico me ha explicado que el procedimiento consiste en que, mediante un instrumento óptico flexible (endoscopio) introducido a través de la boca, se localiza un punto adecuado de incisión en la pared abdominal. Se administra un anestésico local y se realiza una pequeña incisión, a través de la que se coloca la sonda. La yeyunostomía endoscópica percutánea permite colocar la sonda de alimentación en el intestino delgado (yeyuno), comunicando directamente con la pared abdominal de manera similar a la GEP, o bien introduciendo una sonda más fina a través de la GEP, que es guiada hasta el yeyuno mediante el endoscopio. La sonda de gastrostomía puede quedarse colocada de forma permanente o de forma temporal. En el primer caso, puede obligar a realizar recambios de la sonda, cuando esta se deteriore.



- ▶ Igualmente el médico me ha informado de las alternativas existentes a esta técnica endoscópica para la colocación de la sonda nasogástrica o la realización de una yeyunostomía percutánea, como son la colocación radiológica o la quirúrgica. El médico me ha explicado las diferencias y riesgos existentes entre unas y otras habiéndose considerado que, en mi caso particular, esta es la técnica más adecuada.
- ▶ También he sido informado y comprendo que, tras la realización de esta técnica endoscópica, pueden aparecer: dolor en la zona de pared abdominal donde se ha introducido la sonda, distensión abdominal, debido a que la endoscopia requiere forzosamente de la inyección de aire o CO₂; por lo general, este aire se expulsa en pocos minutos, con lo que ceden los síntomas de distensión abdominal. Una vez me haya recuperado por completo de estos síntomas y de los efectos de la sedación, se procederá a darme el alta médica. En el caso de no encontrarme totalmente recuperado, permaneceré ingresado en observación. Tras la técnica, los profesionales sanitarios nos informarán e instruirán, tanto a mi como a mis cuidadores y/o familiares, de cómo debe administrarse la alimentación y cuidar la sonda. Asumo que es muy importante seguir todas las indicaciones que nos hagan para la obtención de los resultados pretendidos con este procedimiento.
- ▶ Comprendo igualmente que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden producirse complicaciones debidas a estos procedimientos. Son poco frecuentes y de fácil tratamiento los desplazamientos de la sonda, dolor en el lugar de inserción abdominal y/o fuga del contenido gástrico a su alrededor. Otras posibles complicaciones más graves son la infección en el punto de entrada abdominal de la sonda, la aspiración o el paso de contenido gástrico a los pulmones, hemorragias y perforación del estómago, intestino delgado o colon. En casos de evolución desfavorable, estas complicaciones pueden requerir cirugía urgente y ser causa de mortalidad.
- ▶ He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- ▶ Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:
Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
.....
- ▶ Igualmente autorizo al equipo médico, a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica endoscópica programada.
- ▶ Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

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.

He sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que con este tratamiento mejorará el estado de mi salud. Comprendo que puede suceder que los resultados no sean los deseados ni esperados tanto por mí como por el médico que me realiza el tratamiento.

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 **GASTROSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.**

En: a
(Lugar) (Fecha)

Fdo: El/la médico

Fdo.: El/la paciente o su representante

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 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 o su representante