

MODULO DI INFORMATIVA E CONSENSO ALLA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Parma, li

Gentile Sig. / Sig.ra:

Il Dr:..... l'ha informata che dovrà essere sottoposto/a ad intervento
di

Per:

COS'È LA GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

La PEG rappresenta una tecnica attraverso la quale si riesce ad assicurare, tramite una sonda posizionata direttamente nello stomaco, un adeguato apporto nutrizionale a quei pazienti che per vari motivi non riescono ad alimentarsi per via orale. È indicata in tutti quei casi in cui si prevede che la nutrizione artificiale sia necessaria per un periodo superiore ai 30 giorni.

Il posizionamento della PEG viene effettuato con l'assistenza di un anestesista.

COME SI ESEGUE

Dopo aver eseguito una normale gastroscopia, lo stomaco viene gonfiato con aria per mandare la parete gastrica a contatto di quella addominale. Il punto per inserire la sonda della PEG viene individuato visualizzando -per transilluminazione sulla parete addominale- la luce emessa dal puntale del gastroscopio. Si disinfetta la cute soprastante; si pratica un'anestesia locale, e si effettua una piccola incisione attraverso la quale si fa fuoriuscire la sonda di alimentazione. Quest'ultima sarà fissata esternamente sulla parete addominale e internamente sulla parete dello stomaco da un bottone. Alla fine sarà eseguito un controllo endoscopico per verificare il suo corretto posizionamento nello stomaco.

Il nutrimento viene iniettato direttamente nella cavità gastrica attraverso la sonda.

La PEG potrà essere rimossa in qualsiasi momento senza esiti se non una piccola cicatrice.

COSA FARE PRIMA DELL'ESAME

Il paziente deve essere mantenuto a digiuno almeno 8 ore prima della procedura, il giorno dell'esame gli verrà somministrato un antibiotico. In caso di assunzione di farmaci anticoagulanti/antiaggreganti, che controindicano l'esecuzione delle manovre operative, il medico curante dovrà deciderne l'eventuale sospensione o sostituzione.

BENEFICI ATTESI E POSSIBILITÀ DI SUCCESSO

La PEG costituisce il metodo più corretto e completo per garantire un equilibrato apporto nutrizionale a lungo termine.

Il posizionamento della PEG è controindicato nel caso di una gravi e non correggibili malattie della coagulazione o quando esistano ostacoli tecnici ad ottenere una soddisfacente transilluminazione gastrica (come può accadere nell'1-2 % dei casi per l'interposizione di un organo (fegato, colon), o per esiti di precedente chirurgia o per obesità importante).

RISCHI E COMPLICANZE

Le complicanze che possono intervenire si riscontrano in un numero limitato di pazienti, variabile in diverse casistiche e comunque inferiore al 10%. La più frequente è rappresentata dall'infezione della cute intorno alla stomia. In tali casi dovrà essere somministrata una terapia antibiotica e nel caso raro in cui si formi un ascesso, lo si dovrà trattare chirurgicamente incidendolo per far fuoriuscire il pus.

Complicanze rarissime che potrebbero richiedere un intervento chirurgico sono le peritoniti, le emorragie da rottura di vasi dello stomaco e della parete addominale, le perforazioni intestinali, le fistole fra stomaco e colon, le dislocazione o rottura della protesi, La mortalità legata alla procedura è inferiore al 2%.

ALTERNATIVE ALLA PEG.

Se esistono indicazioni alla PEG significa che non è possibile garantire una alimentazione per via orale. Non far nulla equivale ad accettare l'ipotesi di una malnutrizione. Anche se la problematica dovesse essere temporanea durante eventi particolari destinati a risolversi, la PEG è comunque reversibile e consente di mantenere un buon stato nutrizionale che è indispensabile anche per affrontare al meglio di affrontare la risoluzione del problema. Esistono alternative, tutte di seconda scelta per minore efficacia e/o maggiori rischi.

Le alternative alla PEG sono rappresentate dal sondino nasogastrico, dal posizionamento della sonda di alimentazione per via chirurgica o radiologica, oppure dalla nutrizione parenterale totale.

Il sondino nasogastrico può essere utilizzato solo per un breve periodo in quanto se lasciato a lungo termine determina la formazione di ulcere a livello dell'esofago ed è mal tollerato.

Il posizionamento della sonda di alimentazione per via chirurgica comporta una più lunga degenza ed una maggiore incidenza di complicanze e pertanto costituisce una seconda scelta nel caso sia impossibile l'intervento endoscopico.

Il posizionamento della sonda di alimentazione per via radiologica prevede l'utilizzo di radiazioni e rappresenta sempre una seconda scelta.

La nutrizione parenterale totale prevede l'inserimento di una cannula in un grosso vaso venoso del collo o del braccio attraverso la quale viene infusa una soluzione di liquidi e principi nutritivi).

Rispetto alla PEG permette una minor conservazione della funzionalità intestinale, è di più difficile gestione ed è gravata da maggiori complicanze soprattutto di tipo infettivo.

RECUPERO DOPO LA PEG

Dopo il posizionamento della PEG l'alimentazione attraverso la sonda potrà iniziare già dopo 3-4 ore dal suo posizionamento.

La cute attorno alla stomia dovrà essere controllata ogni giorno per la prima settimana e ogni 2 giorni nella seconda settimana, per verificare la presenza di infezioni. Successivamente sarà sufficiente la semplice detersione con acqua e sapone della zona di inserzione.

La sonda della PEG dovrà essere sostituita entro 10-12 mesi dal suo posizionamento.

PER IL POSIZIONAMENTO DELLA PEG È NECESSARIO:

- il digiuno da 8 ore
- il posizionamento di un accesso venoso periferico
- l'esecuzione della profilassi antibiotica con 2 grammi di cefazolina un'ora prima della procedura
- la tricotomia dell'addome superiore

Il suo caso presenta le seguenti ulteriori problematiche

.....
.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto.....

Dichiaro di essere stato informato Dott.

In modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell'attuale quadro clinico, nonché sulla indicazione ad eseguire la procedura:

.....

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

- adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura
- tipologia e organizzazione della struttura sanitaria, con eventuale collaborazione/ partecipazione attiva di personale in formazione, con l'assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati, eventuali carenze della stessa (assenza di rianimazione e terapia intensiva, emodinamica, centro trasfusionale, altro.....).
- indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati
- eventuale necessità di metodiche integrative (esempio radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, ...) conseguenti al mancato completamento o all'insuccesso della procedura.
- possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura.
- In ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, illustrata anche in questo documento. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate in merito a complicanze ed eventi avversi possono aumentare in relazione a particolare complessità anatomiche o a situazioni cliniche particolarmente critiche

Dichiaro di essere pienamente cosciente, di aver letto attentamente il presente documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

ACCONSENTO

RIFIUTO

Firma del Medico

.....

Firma del/la paziente

(se maggiorenne e capace di intendere e di volere)

.....

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela

(verificata la loro identità in caso di paziente minorenne)

.....

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno

(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento)

.....