

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de atresia y estenosis intestinales

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

Don/Doña _____
con 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 Laparotomía y Anastomosis Intestinal tras el diagnóstico de presunción de atresia o estenosis intestinal de su hijo/a.

1. El propósito principal de la intervención es restaurar la continuidad del intestino, afectado por la atresia o estenosis intestinal. Se trata de una malformación congénita de alto riesgo, que produce una obstrucción en cualquier punto del tubo digestivo, desde el píloro hasta el colon, con una dilatación del segmento anterior a la obstrucción y una falta de desarrollo del segmento posterior. La atresia Pílorica es muy rara. La atresia y estenosis duodenales se asocian con frecuencia a síndrome de Down, prematuridad, malformaciones cardíacas, renales u otras alteraciones digestivas. Las atresias y estenosis de yeyuno, íleon y colon pueden estar relacionadas con alteraciones de la vascularización intestinal durante el desarrollo fetal que originen la pérdida de un segmento intestinal importante o atresias intestinales múltiples; en ocasiones se asocian a defectos de pared abdominal anterior, malformación o vólvulo. La atresia de colon suele asociarse a otras patologías de pared abdominal anterior, malformaciones genitourinarias, atresias de intestino delgado o enfermedad de Hirschsprung.
2. La intervención precisa anestesia general, de la que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La vía de abordaje será una incisión abdominal (laparotomía) y la intervención dependerá del tipo de atresia o estenosis: A) En el píloro se realizará una anastomosis gastroduodenal, B) En el duodeno se deben aislar los dos segmentos duodenales anterior y posterior a la obstrucción y realiza una unión o anastomosis entre ambos o reseca la membrana, según el tipo de atresia o estenosis duodenales existente. C) En el yeyuno o en el íleon se realizará una resección variable de la porción dilatada, una plastia de reducción de su calibre y una unión o anastomosis entre los segmentos anterior y posterior a la obstrucción. Si el intestino está afectado en su vascularización o presenta atresias intestinales múltiples puede ser necesaria la resección de un segmento variable y realizar más de una anastomosis. En caso de que no se asocie peritonitis o alteraciones intestinales graves puede ser necesario realizar un estoma temporal (yeyunoileostomía, colostomía). D) En el colon se actuará según sus características y la patología acompañante o subyacente y, en determinados casos, puede exigir su tratamiento en dos tiempos, previa enterostomía. Al finalizar la intervención el paciente se trasladará a la Unidad de Cuidados Intensivos donde permanecerá hasta su recuperación.
4. No existen alternativas al tratamiento quirúrgico propuesto que no impliquen un riesgo seguro de muerte.
5. Dada la complejidad 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 consecuencias de esta intervención serán la cicatriz de laparotomía, una disfunción intestinal transitoria y la resección intestinal que proceda.
7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser: A) Disfunción intestinal prolongada (> 3 semanas) B) Obstrucción intestinal C) Vólvulo postoperatorio D) Dehiscencia de la anastomosis E) Fístula intestinal F) Isquemia intestinal por fallo en la vascularización intestinal G) Sepsis H) Infección, granuloma o cicatriz hipertrófica de la herida de laparotomía I) Eventración, o fallo en el cierre de la pared muscular manteniéndose íntegro el cierre de la piel J) Evisceración por dehiscencia de la pared abdominal K) Malabsorción intestinal L) Retraso ponderal postoperatorio. M) Insuficiencia intestinal, si la afectación intestinal es extensa. N) Complicaciones relacionadas con las malformaciones asociadas O) Complicaciones relacionadas con otros factores como la prematuridad y/o bajo peso, condición frecuentemente asociada a la atresia intestinal. Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento específico en el momento oportuno, y se asocian con una mortalidad significativa.
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica, 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 pondrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

10. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
11. La realización del procedimiento podrá ser firmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que ello comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.
12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de la atresia y estenosis intestinales 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 podre 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. 0 .. 0 DNI.: 0 Firma autorizada: _____ VºBº niño		Médico informante Dr. /Dra.: 0 .. Nº Col. / C.N.P 0 .. Firma: _____
Fecha: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 0 0 de 200 0 0		

NO AUTORIZO LA RELIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO				
Nombre de la persona que NO AUTORIZA (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional) Sr. /Sra. 0 .. 0 .. DNI.: 0 Firma: _____		Medico informante Dr. / Dra.: 0 .. 0 .. Nº Col. 0 .. Firma: _____		Testigo D. /Dña. 0 .. 0 .. DNI.: 0 .. Firma: _____
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 0 0 de 200 0 0				

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con esta fecha por finalizado.	
Nombre: 0 ..	Dr. /Dra 0 ..
Firma: _____	Firma: _____
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 0 0 de 200 0 0	