



Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de apertura de estoma digestivo.

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 la necesidad de realizar un estoma digestivo temporal a mi hijo/a.

1. El propósito principal de la intervención es diferente según sea la condición que establece la indicación del estoma, pudiendo ser: A) la descompresión o derivación temporal del intestino, debido a una obstrucción o una alteración grave intestinal, o cuando se opta por diferir el tratamiento de la causa de la obstrucción o la alteración del intestino lo requiere. B) La administración de alimentación a través del orificio o estoma intestinal distal. C) La realización de irrigaciones o cateterismos. D) La derivación definitiva del contenido intestinal.
2. La intervención precisa anestesia general, de lo que será informado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en la realización de una laparotomía, la localización y preparación del segmento intestinal escogido, su exteriorización a través de la pared abdominal y su apertura, suturándolo a la piel. Según el propósito del estoma y las preferencias del equipo medico, la exteriorización podrá hacerse a través de la misma incisión de laparotomía o a través de otra incisión separada, y los dos extremos, proximal y distal, del intestino podrán exteriorizarse juntos o separados o en algunos casos abocarse un solo extremo. En un tiempo variable después de la intervención, el estoma proximal requerirá la colocación de un bolsa o dispositivo especial para la recogida contenido intestinal y el estoma distal puede requerir la introducción de sondas, dependiendo del propósito de la intervención.
4. Según fuere la condición que establezca la indicación de estoma, no existen alternativas al tratamiento quirúrgico 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 medico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica mas adecuada.
6. Las consecuencias de esta intervención serán la cicatriz de laparotomía y la presencia de un estoma intestinal en el abdomen, que requerirá la colocación de un dispositivo, bolsa o sonda, con un manejo y cuidados específicos por los padres y el paciente, según sea si edad, sobre los que serán debidamente instruidos.
7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser: A) Prolapso o exteriorización excesiva del intestino. B) Estenosis o estrechamiento de la apertura a través del abdomen. C) Retracción del intestino exteriorizado. D) Dehiscencia o separación del intestino del estoma. E) Infección o granuloma de la herida quirúrgica. F) Hernia de la pared muscular junto al estoma. G) Obstrucción intestinal. H) Alteración en la vascularización intestinal. I) Perforación o fistula intestinal. J) Dermatitis, erosión, sangrado o formación de granuloma alrededor del estoma. K) Alteraciones hidroelectrolíticas por perdidas a través del estoma. L) Complicaciones relacionadas con la condición que haya establecido la indicación del estoma. Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamientos médicos o quirúrgicos específicos en el momento oportuno.
8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, 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 podrían 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 filmada 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 apertura de un estoma digestivo 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 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Nº Col. / C.N.Pº 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Firma: _____
Fecha: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 de 20 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 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . 0 DNI.: 0 Firma: _____	Medico informante Dr. / Dra.: 0 Nº Col. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 .. Firma: _____	Testigo D. /Dña. 0 0 0 0 0 0 0 0 .. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 DNI.: 0 0 0 0 0 0 0 0 .. Firma: _____
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 de 20 0 0		

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
Revoco el consentimiento firmado en la fecha 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 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ..
Firma: _____	Firma: _____
En 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 , a 0 0 0 0 0 0 0 0 , de 0 0 0 0 de 20 0 0	