

## Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de gastrosquisis

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

Don/Doña \_\_\_\_\_ con el DNI número \_\_\_\_\_  
en calidad de \_\_\_\_\_ del niño \_\_\_\_\_ con la  
historia clínica nº \_\_\_\_\_

### DECLARO

Que el Dr. / Dra. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
me ha informado de la necesidad de intervenir la gastrosquisis de mi hijo/a,

1. El propósito principal de la intervención es corregir la gastrosquisis, reintroduciendo los órganos al interior del abdomen, explorando y tratando la posible patología acompañante y cerrando el defecto de la pared abdominal. Se trata de una malformación congénita de alto riesgo, en la que existe un defecto de la pared abdominal junto al ombligo, por el que se exteriorizan los órganos abdominales (generalmente intestino y estómago), unido a un menor desarrollo de la cavidad abdominal. El intestino exteriorizado queda expuesto desde el periodo fetal a la agresión provocada por el líquido amniótico y al daño vascular por la compresión en el orificio de salida o por la posible volvulación del intestino. Por ello, la gastrosquisis puede asociarse a alteraciones intestinales graves como atresia intestinal o insuficiencia intestinal. La gastrosquisis también condiciona en el recién nacido un riesgo de grave deshidratación, pérdida de calor, infección y sepsis.

2. La intervención precisa anestesia general, de cuyos riesgos será informado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación

3. La intervención consiste, si el defecto es pequeño, en la reintroducción de los órganos en el abdomen y el cierre del defecto de la pared abdominal, en una sola intervención. Si el defecto es más grande o la cavidad abdominal está muy poco desarrollada, puede ser necesaria la colocación de una malla de material sintético y la reintroducción gradual de los órganos a la cavidad abdominal, durante varios días, hasta poder realizar el cierre quirúrgico de la pared abdominal en una o más intervenciones. Si el intestino está afectado en su vascularización, puede ser necesaria la resección de un segmento variable.

El tratamiento específico en cada caso estará determinado por el estado general del paciente, su edad gestacional, el tamaño del defecto y las malformaciones asociadas. Al finalizar la intervención el paciente se trasladará a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales donde permanecerá hasta su recuperación.

4. En la gastrosquisis no existen alternativas al tratamiento quirúrgico.

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 dependerán del grado de afectación intestinal y de otros órganos abdominales. Se producirá en todos los casos una cicatriz abdominal.

7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser: A) Síndrome de compartimento abdominal, por el aumento de presión intraabdominal provocado por la reintroducción de los órganos. B) Complicaciones respiratorias. C) Disfunción intestinal prolongada (> de 3 semanas). D) Obstrucción intestinal. E) Isquemia intestinal por fallo en la vascularización intestinal. F) Eventración, o fallo en el cierre de la pared muscular manteniéndose íntegro el cierre de la piel. G) Evisceración o fallo en el cierre de todas las capas de la pared abdominal. H) Infección o granuloma de la herida quirúrgica. I) Sepsis. J) Insuficiencia intestinal, si la afectación intestinal es extensa, con posible malabsorción intestinal y ulterior retraso ponderal. K) Complicaciones relacionadas con las malformaciones asociadas. L) Complicaciones relacionadas con otros factores como la prematuridad y/o bajo peso, condición frecuentemente asociada a la gastrosquisis. Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamientos médicos o quirúrgicos específicos en el momento oportuno, que se asocian con una mortalidad significativa.

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 comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de gastrosquisis 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 podré revocar en cualquier momento.

De acuerdo con 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

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Firma autorizada: \_\_\_\_\_ VºBº niño

Fecha: \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Médico informante

Dr./Dra. \_\_\_\_\_

NºCol. / C.N.P.: \_\_\_\_\_

Firma:

### NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que NO AUTORIZA  
Médico Informante Testigo  
(Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)  
Sr/Sra. \_\_\_\_\_

DNI : \_\_\_\_\_

Firma:

Fecha: \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Médico informante

Dr/Dra. \_\_\_\_\_

CNP/NºCol.: \_\_\_\_\_

Firma:

Testigo

Sr.Sra. \_\_\_\_\_

DNI : \_\_\_\_\_

Firma:

### REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha \_\_\_\_\_, y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre : \_\_\_\_\_

Dr./Dra. \_\_\_\_\_

Firma:

Firma:

Fecha: \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_