

Documento de consentimiento informado para el cierre quirúrgico de gastrostomía

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 cerrar la gastrostomía practicada en su día a mi hijo/a para solucionarle un determinado problema, y que ya no es indispensable al día de hoy.

1. El propósito principal de la intervención es cerrar el orificio de gastrostomía y restablecer la estanqueidad del estómago.
2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. Normalmente es suficiente la retirada del dispositivo que mantiene permeable la gastrostomía para que por propia naturaleza se cierre el orificio gástrico. En ocasiones es necesario realizar una incisión alrededor de la ostomía para liberar los bordes y unirlos entre si mediante suturas, reintroduciendo a continuación el estómago dentro del abdomen y cerrando la apertura de este. Puede intervenir en régimen de cirugía mayor ambulatoria.
4. La alternativa sería mantener la gastrostomía, algo no imprescindible en este momento.
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 posibles complicaciones derivadas específicamente de esta intervención pueden ser inmediatas o a corto plazo (hemorragia, deshiscencia de suturas, infección de la herida, infección abdominal, enterocolitis, obstrucción intestinal) y a medio . largo plazo (anomalías de la cicatriz).
7. 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.
8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
10. 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.
11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de cierre de gastrostomía 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.

