

## Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de hernia diafragmática congénita (posterolateral o de bochdalek)

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 proceder al tratamiento quirúrgico de la hernia diafragmática de Bochdaleck que presenta mi hijo/a.

1. El propósito principal de la intervención es corregir la hernia diafragmática, malformación congénita de alto riesgo y con un porcentaje de mortalidad importante cuando provoca síntomas al nacimiento. Puede asociarse a otras malformaciones o a anomalías cromosómicas. Existe un defecto posterolateral en el diafragma (músculo que separa el tórax del abdomen), a través del cual los órganos normalmente situados en el abdomen se desplazan al tórax. Este desplazamiento puede producir alteraciones en los órganos abdominales, como obstrucción intestinal o lesión vascular, y una menor capacidad de la cavidad abdominal. Si este desplazamiento se produce durante el desarrollo fetal provocará una alteración en el desarrollo pulmonar y de otros órganos torácicos, que condicionará fundamentalmente el pronóstico vital. Al nacimiento, el paciente puede presentar una insuficiencia respiratoria e hipertensión pulmonar, que precise de medidas preoperatorias de soporte cardiorrespiratorio, durante varios días; precisamente su respuesta a estas medidas indicarán el momento adecuado para la cirugía.

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

3. Una vez estabilizado el paciente, la malformación puede abordarse mediante cirugía abierta (laparotomía) o mediante cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia o toracoscopia). La cirugía abierta es la más habitual y se inicia con una laparotomía, la reducción de los órganos herniados en el tórax al abdomen, la resección del saco herniario (cuando existe), y la reparación del orificio diafragmático. Si el defecto es muy grande, puede ser necesario añadir algún procedimiento reconstructivo como la colocación de una malla de material sintético u otros. El cierre de la laparotomía puede requerir más de una intervención por el escaso desarrollo de la cavidad abdominal asociada a esta malformación. La utilización de la cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia o toracoscopia) es excepcional por sus requerimientos técnicos y de especialización. Al finalizar la intervención el paciente se trasladará a la Unidad de Cuidados Intensivos donde permanecerá hasta su recuperación, habitualmente con apoyo de medidas avanzadas de soporte cardiorrespiratorio.

4. En la hernia diafragmática no existen alternativas al tratamiento propuesto.

5. Dadas las características complejas 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 variarán según el tipo de atresia, las malformaciones asociadas y la cirugía precisa.

7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser: A) Complicación cardiorrespiratoria aguda, debida a las características de esta malformación. B) Obstrucción intestinal. C) Infección, granuloma o cicatriz hipertrófica de la herida de laparotomía. D) Eventración o evisceración de la pared abdominal. E) Sepsis. F) Dehiscencia del cierre diafragmático, con recidiva de la hernia diafragmática. G) Alteraciones a largo plazo, de localización y características variables (pulmonares, neurológicas, pondoestaturales, óseas, reflujo

gastroesofágico,..). Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamientos médicos o quirúrgicos específicos 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 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 hernia diafragmática de Bochdaleck 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.

Por todo ello

<b>DOY MI CONSENTIMIENTO</b>	
<p>Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)</p> <p>Sr/Sra</p> <p>D.N.I.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p> <p>Firma autorizada: _____ VºBº niño</p> <p>Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____.</p>	<p>Médico informante</p> <p>Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p> <p>NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p> <p>Firma: _____</p>

<b>NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>		
<p>Nombre de la persona que NO AUTORIZA</p> <p>Médico Informante Testigo</p> <p>(Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)</p> <p>Sr/Sra.....</p> <p>DNI : .....</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____.</p>	<p>Médico informante</p> <p>Dr./Dra.....</p> <p>CNP/NºCol:.....</p> <p>Firma: _____</p>	<p>Testigo</p> <p>Sr.Sra.....</p> <p>DNI : .....</p> <p>Firma: _____</p>

<b>REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO</b>	
<p>Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0 .....y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.</p>	
<p>Nombre :0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ..</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____, a _____ de _____ de 2_____.</p>	<p>Dr./Dra. 0 ...0 0 0 0 .....</p> <p>Firma: _____</p>