

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de malformaciones anorrectales

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

Don/Doña _____, con domicilio en _____, c/_____
Y 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 Malformación Anorrectal que presenta mi hijo/a.

1. Las anomalías anorrectales incluyen un amplio espectro de malformaciones que tienen en común la ausencia de ano y, generalmente, la existencia de una fístula o comunicación entre el recto o parte más distal del intestino grueso, y la vía urinaria, región genital o región perineal. Deberá realizarse una exhaustiva valoración perineal, de posibles fístulas, y estudios de imagen, con observación habitualmente un mínimo de 24 horas de vida. Suelen asociarse a otras malformaciones (vertebrales, cardíacas, traqueoesofágicas, renales y de extremidades), además del S. de Down, enfermedad de Hirschsprung y atresia duodenal, que deberán ser valoradas preoperatoriamente. En ocasiones es necesario la previa realización de una ostomía, o derivación del colon o sigma a la pared abdominal, en los primeros días de vida, para que el niño pueda realizar deposiciones, o la intervención de alguna malformación asociada. El propósito principal de la intervención es la corrección quirúrgica de la malformación anorrectal, situando el recto y reconstruyendo el ano en sus localizaciones normales, y cerrando la comunicación del intestino con la vía urinaria, la región genital o la piel perineal.

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

3. La intervención se realiza mediante una incisión en la región interglútea, a través de la cual se liberará y descenderá el recto, cerrándose la fístula urinaria (en varones) o genital (en niñas), en caso de que exista, de manera que quede situado el recto y el ano en su localización normal, y manteniéndose con sonda vesical. En ocasiones es necesario realizar además una laparotomía para, desde la cavidad abdominal, poder completar el descenso del recto y el cierre de la fístula. En caso de ser portador de una colostomía, ésta se cerrará en una intervención quirúrgica posterior. La posible intervención de anomalías asociadas se deberá realizar de modo coordinado con la cirugía de la malformación anorrectal.

4. Existe la alternativa, no aconsejable, de no realizar la corrección quirúrgica de la malformación anorrectal, precisando generalmente de una ostomía, o derivación del intestino a la pared abdominal, para poder realizar deposiciones, evitar infecciones urinarias o genitales y lesiones cutáneas perineales.

5. Dadas las características 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 complicaciones más frecuentes derivadas de la intervención son la infección o sangrado de la herida quirúrgica, la lesión de estructuras vecinas (uretra, vejiga, músculo elevador del ano), la persistencia de la fístula urinaria o genital, el prolapso rectal, la estenosis anal, el estreñimiento y la incontinencia urinaria y fecal.

El tratamiento de estas complicaciones puede llegar a requerir una reintervención quirúrgica. Es necesario tener en cuenta que el estreñimiento y la incontinencia fecal y urinaria están en relación con la severidad de la malformación, no siendo únicamente el resultado de una complicación quirúrgica.

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 comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de la malformación anorrectal 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

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.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma autorizada: _____ VºBº niño

Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____

Médico informante

Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

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 0 0 0 0 0 0 0 0,y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre :0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Dr./Dra. 0 ...0 0 0 0 0

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____