

## Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de oclusión intestinal neonatal

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 intervenir quirúrgicamente la oclusión intestinal neonatal de mi hijo/a, mediante una laparotomía exploradora, con actuaciones según hallazgos.

1. El propósito principal de la intervención es restaurar la continuidad del tránsito intestinal. Las principales causas de este cuadro neonatal son la Atresia o Membrana Intestinal, la Malrotación con o sin Vólvulo, el Íleo Meconial, la Enfermedad de Hirschsprung y el Ano Imperforado. Algunas de estas causas pueden ser sospechadas o diagnosticadas mediante la exploración física y las pruebas complementarias radiológicas. Otras solo se podrán diagnosticar tras una intervención quirúrgica exploradora del intestino y tras la realización de biopsias intestinales. Excepto el Íleo Meconial y algunos tipos de Enfermedad de Hirschsprung, que en ocasiones pueden ser tratados de manera conservadora sin precisar intervención quirúrgica urgente, el resto de causas precisan un tratamiento quirúrgico para su diagnóstico definitivo y su tratamiento.

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

3. La intervención se inicia mediante una incisión del abdomen (laparotomía) y la intervención a realizar dependerá de los hallazgos. Según la causa de la obstrucción intestinal el procedimiento quirúrgico puede variar entre la desvolvulación intestinal, corrección de la malrotación, enterostomía, resección de membrana intestinal, resección intestinal segmentaria (de longitud variable) y posterior anastomosis intestinal, biopsias intestinales y derivación intestinal. En este último caso se realizarán ostomías abocando el intestino a la pared abdominal (ileostomía, colostomía), por lo que posteriormente se necesitará una nueva intervención para restaurar la continuidad intestinal. En los casos concretos de Enfermedad de Hirschsprung y Ano Imperforado será necesario una o varias intervenciones quirúrgicas posteriores para completar el tratamiento quirúrgico.

4. En este momento, no existe alternativa al tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal neonatal de su hijo/a.

5. Dadas 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 serán la cicatriz de laparotomía, una disfunción intestinal transitoria y la resección intestinal que proceda.

7. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser: a) Disfunción intestinal postoperatoria prolongada b) Obstrucción intestinal por bridas o adherencias. c) Vólvulo postoperatorio d) Dehiscencia de la posible anastomosis realizada e) Fístula intestinal f) Isquemia intestinal por fallo en la vascularización intestinal g) Sepsis h) Infección, granuloma o cicatriz hipertrófica de la herida de laparotomía i) Eventración, por dehiscencia parcial de la pared abdominal, manteniéndose íntegro el cierre de la piel j) Evisceración por dehiscencia completa de la pared abdominal k) Hemorragia. l) Insuficiencia intestinal, si la afectación intestinal es extensa, con retraso ponderal postoperatorio. m) Complicaciones relacionadas con las malformaciones asociadas n) Complicaciones relacionadas con otros factores como la prematuridad y/o bajo peso. Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento específico 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, 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 la oclusión intestinal neonatal mediante laparotomía, 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 2\_\_\_\_\_

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 2\_\_\_\_\_

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 ...

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

Firma:

Firma:

Fecha: \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_