

Foja de Consentimiento Informado para Procedimiento Símil EXIT

FECHA:

Yo, _____ DNI _____, comprendo que el producto de mi embarazo es un feto portador de GASTROSQUISIS, y que esta enfermedad consiste en la evisceración de casi todo el intestino fuera de la cavidad abdominal a través de un orificio (como si se tratara de una gran hernia atascada), con el riesgo de sufrir estrangulamiento en cualquier momento de la gestación. Se trata de una condición grave en donde el riesgo de vida puede alcanzar al 30% de los pacientes afectados.

El Dr/a. _____ Matrícula _____, coordinador/a de la intervención me ha explicado que el procedimiento Símil EXIT consiste en colocar un dispositivo estéril (silo ABS ó similar) con el respaldo de la circulación feto-placentaria por donde el paciente recibirá analgesia continua sobre mis muslos, a los fines de que la deglución de aire sea mínima o nula, e intentando evitar que se disparen los mecanismos inflamatorios relacionados al dolor neonatal.

Con dicho dispositivo, se intentará reducir en forma atraumática el intestino eviscerado, sin perjuicio de que el equipo actuante decida -por cuestiones médicas- dejar el intestino en el silo difiriéndose la reducción (que entonces se realizará en forma secuencial) en los días subsiguientes.

El procedimiento Símil EXIT podrá generar una prolongación del tiempo de Cesárea que podrá extenderse entre 5 y 10 minutos. En ese tiempo y según el criterio de los médicos intervinientes podrán recomendar que me administren una transfusión con una, ó más unidades de sangre. Independientemente que se consiga o no la reducción primaria, la tasa de complicaciones descripta supera el 20%, siendo las más frecuentes las infecciones, la perforación intestinal, y las hemorragias. La muerte puede sobrevenir hasta en un 10% de los pacientes intervenidos. Y las secuelas en más del 20%, siendo las más frecuentes la secuela estética, las diarreas crónicas, y el síndrome de intestino corto (es decir que dependerá su nutrición de alimentaciones especiales, a veces por vena, pudiendo requerir en los casos más graves un trasplante intestinal).

Conociendo estos pormenores autorizo a que se me practique el procedimiento Símil EXIT

SI NO (Rodear lo que corresponde y tachar la otra opción)

Además autorizo a que se documente el procedimiento a través de filmaciones fotografías para ser utilizadas ÚNICAMENTE en los foros científicos y de investigación.

SI NO (Rodear lo que corresponde y tachar la otra opción)

FIRMA Y ACLARACION DE LA PACIENTE

FIRMA Y ACLARACION DEL PROFESIONAL

FIRMA Y ACLARACION DEL TESTIGO