



CONSENTIMIENTO INFORMADO APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA

Yo,, DNI autorizo al Dr.
..... y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a efectuar en mi persona los siguientes procedimientos:

El cirujano me ha explicado que, mediante laparoscopia, se me va a extirpar el apéndice cecal. La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas (dióxido de carbono) y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía). Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

La extirpación del apéndice enfermo no tiene consecuencias negativas previsibles para los pacientes.

Elimina los síntomas de la infección y previene las complicaciones que se producirían si se dejara evolucionar sin intervenir. Estas podrían ser la perforación del apéndice, la producción de un absceso o una peritonitis. Esta última puede llegar a ser generalizada y provocar la muerte.

Si se opera por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser rápida, y el periodo de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y confortable.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso pensamos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para su enfermedad, pero la intervención puede realizarse por cirugía abierta.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, trastornos temporales de la digestión. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves:

Sangrado dentro del abdomen. Infección dentro del abdomen, con formación de abscesos o peritonitis secundaria. Fístula de intestino grueso (escape de contenido intestinal) por falla en la cicatrización que, igualmente, puede producir una infección dentro del abdomen.

Dado que la apendicitis aguda es una enfermedad infecciosa, progresiva y potencialmente mortal, no existe ninguna contraindicación absoluta para realizar esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que debe ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente.

Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.



SANATORIO OTAMENDI
MIROLI S.A.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....

Declaro que se me ha informado en forma clara, precisa y en términos cuyo alcance y significado he comprendido perfectamente, la enfermedad que padezco y sus riesgos asociados, la naturaleza y los beneficios del procedimiento quirúrgico propuesto y sus alternativas, si las hubiere.

Faculto a los profesionales nombrados a efectuar cualquier otro procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que a su juicio estimen conveniente, incluyendo la administración de anestesia, transfusión de sangre y/o sus componentes. Dejo constancia que se me ha explicado la dolencia que padezco y el tratamiento al que seré sometido. He tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos directos e indirectos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o cirugía mencionados. Se me ha informado que no es posible garantizar la curación o el resultado del tratamiento y/o intervención al que seré sometido, asumiendo y asintiendo, para el caso en que se produzcan, las consecuencias emergentes de las mismas, sean ellas inmediatas o mediatas. Autorizo a los médicos internos de la Institución y al médico de cabecera a que me asistan en los casos de emergencias que impongan un acto médico, consintiendo también y eventualmente la consulta y/o intervención de facultativos de otras especialidades que devenga necesario convocar.

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa:

Firma del acompañante

Aclaración

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

Firma y sello del Médico