

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APENDICECTOMÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta cirugía consiste en extirpar el apéndice cecal enfermo, para evitar las complicaciones de la apendicitis aguda no tratada, como son la perforación (rotura) y gangrena (infección muy avanzada) apendicular, el absceso (localización de la infección en un sitio de la cavidad abdominal) o la peritonitis difusa (infección generalizada en el abdomen).

Esta técnica se puede realizar mediante cirugía abierta o laparoscopia asistida o no por robot.

La cirugía abierta, se realiza a través de un corte en la pared abdominal (laparotomía).

El abordaje por laparoscopia, se realiza a través de unos pequeños orificios por los que se introducen una pequeña cámara y los instrumentos de corte y coagulación, también se introduce gas en la cavidad para expandir el abdomen. Esta técnica conlleva un menor dolor en el postoperatorio, una disminución de las complicaciones relacionadas con la herida, menor tiempo de hospitalización y mejor recuperación de la actividad diaria.

La laparoscopia asistida por robot, permite una mayor precisión, flexibilidad y control. El robot cuenta con una cámara y brazos mecánicos con instrumentos, que son controlados por el cirujano.

Puede que una vez se inicie la cirugía por la vía laparoscópica se tenga que terminar con cirugía abierta (si las condiciones así lo requieren).

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

El diagnóstico de apendicitis aguda no es de certeza y existe la posibilidad cercana a un 10% de que el apéndice se encuentre sano, situación en la que por norma será extirpado.

Dependiendo del avance de la infección, puede ser necesario proceder también al drenaje (limpieza) de la cavidad abdominal. El tiempo esperado de cirugía es de 1 hora, variando según cada caso.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos informará el anestesiólogo.

La finalidad de la técnica es extirpar el apéndice enfermo, solucionar sus síntomas y evitar complicaciones.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Infección o sangrado de la herida.
- Retraso en la restauración del tránsito intestinal normal (íleo paralítico).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Sangrado o infección en la cavidad abdominal.
- Obstrucción intestinal.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos de la cirugía laparoscópica:

Frecuentes:

- Enfisema (acúmulo debajo de la piel del gas usado en la técnica).
- Dolor en el hombro.

Menos frecuentes y graves:

- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “APENDICECTOMÍA”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: