

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDOS:

RUT..... EDAD:

DIAGNÓSTICO (No use abreviaturas):.....

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO Y/O INTERVENCIÓN ESPLENECTOMÍA (EXTIRPACIÓN DEL BAZO)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención propuesta consiste en quitar el bazo (esplenectomía total) o parte de él (esplenectomía parcial).

CÓMO SE REALIZA

Para acceder al bazo realizaremos una incisión en el abdomen (abordaje abierto) o unas pequeñas incisiones abdominales (laparoscopia), a través de las que introduciremos el material quirúrgico y una cámara para ver la cavidad abdominal. En este procedimiento se introduce gas en la cavidad para crear un espacio en el que poder trabajar.

Si sólo se va a quitar parte del bazo tras la extirpación realizaremos la sutura del resto del tejido.

Es posible que haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico por los hallazgos durante la operación. En los casos en que no sea posible concluir la intervención mediante laparoscopia se realizará una cirugía abierta, mediante una incisión de mayor tamaño. En ocasiones puede ser necesario tener que extirpar otros órganos.

El procedimiento requiere anestesia general, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Para todo ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

En algunos pacientes en los que el bazo había alcanzado un gran tamaño (esplenomegalias) puede alterarse por un tiempo el funcionamiento cardíaco porque se reduce el volumen de sangre que llega al corazón. Además, aumenta el riesgo de padecer infecciones por los gérmenes que habitualmente se eliminan en el bazo. Estas infecciones pueden ser muy graves, por lo que se tienen que vacunar cada cierto tiempo.

Si sólo se ha extirpado parte del bazo no se producen todos estos efectos.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Al extirpar el bazo o la parte enferma de este se evitarán los síntomas causado por el hiperesplenismo (reducción de uno o más elementos celulares en la sangre: anemia, trombocitopenia, alteraciones de los volúmenes plasmáticos, y efecto masa) o la presencia de enfermedades neoplásicas primarias o metastásicas, según la indicación por la que se propone.

En los casos de hiperesplenismo, que es un funcionamiento exagerado del bazo, lo normal es experimentar una gran mejora de la calidad de vida.

La operación mediante laparoscopia, como se hace mediante incisiones más pequeñas, disminuye el riesgo de hernias. Además, el dolor postoperatorio, generalmente, es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida y el periodo de convalecencia suele ser más corto y confortable.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

En casos de hiperesplenismo primario y secundario la alternativa a esta cirugía es el tratamiento médico, y la vigilancia de la evolución del proceso. Sólo se indica la cirugía cuando hay una relación beneficio/riesgo adecuada. En el caso de quistes primarios o enfermedad neoplásica, no existe alternativa eficaz a la Cirugía.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves.

- Infección o sangrado de la herida de la operación.
- Si se hace laparoscopia el gas que se insufla puede penetrar en el tejido de debajo de la piel u otras zonas. Puede tener dolor en zonas distantes, como el hombro.

• LOS MÁS GRAVES:

- Aparición de hematomas en la zona de la extirpación del bazo.
- Lesiones en el páncreas (cola) o de vísceras huecas con producción de peritonitis o fístulas intestinales.
- Sangrado dentro del abdomen.
- Complicaciones pulmonares (derrames pleurales, neumonías, embolia pulmonar)
- Si se hace por laparoscopia el gas puede producir alteraciones cardíacas o pulmonares.
- A largo plazo hay riesgo de desarrollar el Síndrome de sepsis postesplenectomía, que se asocia con meningitis o neumonía.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y conocido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, tales como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

OTRAS SITUACIONES PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal. En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

 SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

 SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA.....

MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA.....

Fecha de obtención del consentimiento informado.....

RECHAZO DE LA INTERVENCION

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante lega

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos),
de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos paciente y/o representante legal

RUT..... FIRMA.....

Fecha.....