**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESPLENECTOMIA LAPAROSCÓPICA**

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y QUE SEAN RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo al Dr. ……………………………………………………………….….. y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

El propósito principal de la intervención es la extirpación del bazo, órgano linfoide situado en el lado izquierdo de la cavidad abdominal, con funciones de producción y eliminación de células sanguíneas y de defensa frente a las infecciones. Su extirpación puede estar indicada en enfermedades propias del bazo (tumores, roturas, abscesos…) o en algunas enfermedades hematológicas que no responden a otros tipos de tratamiento. La intervención precisa anestesia general, de la que será informado por el anestesiólogo . La intervención se realiza mediante laparoscopia. Se inicia mediante cinco pequeñas incisiones en el abdomen por las que se introduce, de forma sucesiva y bajo observación directa, un sistema óptico conectado a una cámara (laparoscopio), gas (CO2) e instrumental de trabajo específico. Ello nos permite la extirpación del bazo sin la necesidad de una gran incisión abdominal (laparotomía), lo que disminuye las complicaciones, el dolor y la estancia postoperatoria, y supone menores secuelas estéticas. Suele ser necesario el sondaje de estómago y vejiga. Existe la alternativa de realizar la esplenectomía mediante cirugía abierta o laparotomía, cuando no se disponga o se contraindique la laparoscopia. En algunos tipos de enfermedades hematológicas se podría no realizar este procedimiento y continuar con tratamiento médico. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada Así, en casos en que, técnicamente o por hallazgos intraoperatorios, no sea posible concluir la cirugía con esta técnica, se procederá a realizar la incisión habitual, y convertirla en cirugía abierta. La recuperación tras la anestesia suele ser rápida. Al paciente se le administrarán antibióticos y analgésicos, y comenzará la ingesta oral cuando recupere el tránsito intestinal. La duración de la estancia en el hospital dependerá de la evolución del paciente. Las complicaciones de la intervención pueden ser: • Derivadas de la laparoscopia: la extensión del gas al tejido subcutáneo, el dolor referido habitualmente al hombro, los vómitos, la infección o sangrado de las heridas quirúrgicas, la lesión de vasos sanguíneos u órganos intraabdominales al introducir los trócares o el instrumental material de trabajo, la embolia gaseosa, el neumotórax y la trombosis de las extremidades inferiores. • Derivadas de la esplenectomía: la infección o sangrado intraabdominal, la lesión de órganos vecinos (páncreas, estómago, riñón) y la trombocitosis. • Derivadas del uso de material de quirófano (bisturí eléctrico, manta eléctrica, etc.),o las posturales. El tratamiento de estas complicaciones puede llegar a requerir una reintervención quirúrgica. Es necesario tener en cuenta que tras la esplenectomía existe un aumento de la incidencia de enfermedades infecciosas graves (sepsis), por lo que es necesario la administración de antibióticos de manera profiláctica posteriormente. Es posible que la persistencia de bazos accesorios, tejido esplénico separado del bazo, obligue a una reintervención para su extirpación. 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 paciente, 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.

1. He recibido el documento informativo correspondiente y el consentimiento informado, me ha sido explicado de forma comprensible los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento y el procedimiento a realizar, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

6. Se me ha dado la oportunidad de REVOCAR MI CONSENTIMIENTO después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi responsabilidad de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.- También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada......) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la Persona Legalmente Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Testigo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_