

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de tumoración ovárica mediante laparoscopia

Pegatina con los datos
Personales y de identificación del niño a
intervenir

Don/Doña _____ con el DNI
número _____ en calidad de _____ del
niño _____ con la historia clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. / Dra. _____ me ha informado de la necesidad de intervenir a mi hija por una tumoración ovárica, utilizando la técnica laparoscópica.

1. El propósito de la intervención es revisar el(los) ovario(s) afectado(s) y proceder a su exéresis. Lo más frecuente en la infancia suelen ser tumoraciones quísticas o embrionarias benignas. Pero no hay que obviar la posibilidad de encontrarnos ante un tumor de origen maligno. En cualquiera de los casos la indicación más conveniente es extirpar la tumoración.

2. La intervención precisa anestesia general, de la que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.

3. La técnica consiste en el abordaje de la pelvis y ovarios mediante la introducción de trócares e instrumentos (óptica, pinzas,..), a través de 2-3 pequeñas incisiones en la pared abdominal, bajo observación directa, y la creación de un espacio de trabajo tras la introducción de gas en abdomen. Si el tumor está muy adherido al ovario es imprescindible incluirlo a él también en la extirpación, que se exterioriza dentro de una bolsa; incluso, en ocasiones, no es posible salvar la trompa de Falopio de ese lado. Podría suceder que debido al tamaño, a eventuales adherencias con su entorno o a la sospecha de malignidad, estuviera contraindicado continuar el procedimiento por vía laparoscópica, por lo que, una vez realizada la valoración inicial, se proseguiría la intervención por laparotomía convencional (técnica abierta). Suele ser necesario el sondaje vesical.

4. La posible alternativa es realizar la intervención mediante cirugía abierta (laparotomía). En el caso de su hija la mejor opción es la laparoscopia.

5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada para proporcionar un tratamiento más adecuado, incluyendo su posible conversión en cirugía abierta.

6. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser una hemorragia local que precise reintervención; hematoma postoperatorio, que se reabsorbe sin necesidad de revisión quirúrgica, e infección de la herida.

Adicionalmente, deben tenerse en cuenta las derivadas de la laparoscopia, a saber la extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas, infección o sangrado de las heridas quirúrgicas, dolores referidos, habitualmente al hombro, y el dolor prolongado en la zona de la operación. La lesión de vasos sanguíneos (hemorragias) o de vísceras al introducir los trocares (hemorragias, perforación intestinal), embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores, siempre son posibles, aunque raras.

7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, 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.

8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son: _____

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario

10. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de tumores ováricos de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello,

DOY MI CONSENTIMIENTO	
<p>Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)</p> <p>Sr/Sra</p> <p>D.N.I.: 0</p> <p>Firma autorizada: _____ VºBº niño</p> <p>Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____</p>	<p>Médico informante</p> <p>Dr./Dra. 0</p> <p>NºCol. / C.N.P.: 0</p> <p>Firma: _____</p>

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
<p>Nombre de la persona que NO AUTORIZA</p> <p>Médico Informante Testigo</p> <p>(Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)</p> <p>Sr/Sra.....</p> <p>DNI :</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____</p>	<p>Médico informante</p> <p>Dr./Dra.....</p> <p>CNP/NºCol:.....</p> <p>Firma: _____</p>	<p>Testigo</p> <p>Sr.Sra.....</p> <p>DNI :</p> <p>Firma: _____</p>

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO	
<p>Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 ..., y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.</p>	
<p>Nombre : 0 ...</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____</p>	<p>Dr./Dra. 0 ... 0</p> <p>Firma: _____</p>