

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de varicocele

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 quirúrgicamente el varicocele que presenta mi hijo, utilizando la laparoscopia.

1. El propósito de la intervención es actuar sobre el reflujo venoso existente hacia los vasos testiculares. El varicocele es una dilatación de las venas que salen del testículo, apreciándose por encima del mismo como una tumoración blanda, no dolorosa, que puede aumentar con esfuerzos o disminuir al acostarse. Casi siempre afecta al testículo izquierdo, que puede estar hipoplásico.

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

3. La técnica de laparoscopia consiste en el abordaje abdominal mediante la introducción de trócares e instrumentos (óptica, pinzas,..), a través de 2 pequeñas incisiones en la pared abdominal, bajo observación directa, y la creación de un espacio de trabajo tras la inyección de gas en abdomen. La técnica quirúrgica consiste en la disección de los vasos testiculares en su trayecto látero-abdominal y su sección con bisturí harmónico, bisturí eléctrico o mediante ligaduras.

4. La posible alternativa es realizar la intervención mediante cirugía abierta inguinal o abdominal. En el caso de su hijo/a la mejor opción es la laparoscopia.

5. Dadas las características complejas del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.

6. Las complicaciones de la intervención informada pueden ser las secundarias a toda laparoscopia:

- Poco graves y frecuentes: extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas, infección o sangrado de las heridas quirúrgicas, dolores referidos, habitualmente al hombro, dolor prolongado en la zona de la operación, y vómitos postoperatorios.
- Poco frecuentes y graves: lesión de vasos sanguíneos (hemorragias) o de vísceras al introducir los trocares (hemorragias, perforación intestinal), embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores. Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento específico en el momento oportuno, y se asocian con una mortalidad significativa.

A estas complicaciones genéricas de la laparoscopia habría que añadir las propias de la patología tratada. Puede haber lesiones intraoperatorias vasculares, como hemorragia de los vasos testiculares, o hematoma local o regional, que pueden dificultar la técnica y requerir su conversión a cirugía abierta. A medio largo plazo, puede mantenerse la hipoplasia testicular o aparecer un hidrocele de grado medio, de etiología linfática y que cede con el tiempo.

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 varicocele mediante laparoscopia 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 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p> <p>Firma autorizada: _____ VºBº niño</p> <p>Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____</p>	<p>Médico informante</p> <p>Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</p> <p>NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 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 0 0 0 0 0 0 0y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.</p>	
<p>Nombre : 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ...</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: _____, a _____ de _____ de 20_____</p>	<p>Dr./Dra. 0 ...0 0 0 0</p> <p>Firma: _____</p>