

APENDICETOMÍA LAPAROSCÓPICA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente:

Edad: años

Fecha en la Ciudad de Mexico

Familiar:(legalmente responsable);

Identificación:

INFORMACION GENERAL

El apéndice cecal es un pequeño órgano en forma de tubo, de longitud variable, situado donde termina el intestino delgado y se forma el intestino grueso. Cuando se inflama origina un cuadro denominado apendicitis aguda y la causa más frecuente (90%) es la obstrucción de su luz, es espontánea, se puede presentar en cualquier edad y en ambos sexos, la persona puede estar sana previamente.

El síntoma más frecuente es el dolor abdominal y se localiza, en la mayoría de las ocasiones, en el cuadrante inferior derecho del abdomen. La evolución natural de la enfermedad, de no operarse, es en un porcentaje elevado hacia la formación de un absceso y posteriormente la perforación, originándose posteriormente una peritonitis (Inflamación del peritoneo debida, generalmente, a una infección), y que puede culminar en una sepsis (infección generalizada y grave) que puede llevar a la muerte del paciente.

El diagnóstico se realiza principalmente mediante el interrogatorio y la exploración física del enfermo, los estudios de laboratorio y radiología son auxiliares de mucha utilidad para confirmar diagnóstico o ayudar a diferenciar otras causas.

En las mujeres, existen enfermedades que producen síntomas y signos clínicos similares a la apendicitis, tal como infección urinaria, quistes de ovario sangrantes, torsión de quiste ovario, sangrado del ovario por la ovulación, embarazo ectópico (cuando anida el ovulo fecundado en las trompas uterinas)

Existen otras patologías como la inflamación de los ganglios dentro del abdomen que producen dolor (frecuente en niños) y otras patologías más, algunas de las mencionadas son enfermedades urgentes que requieren igualmente tratamiento quirúrgico y que en muchas ocasiones solo es posible diagnosticarlas una vez que el paciente es operado.

La técnica para extirpar el apéndice cecal bajo abordaje abdominal por vía laparoscópica consiste en efectuar 3 o 4 pequeñas incisiones en la pared abdominal de aproximadamente 1 cm e introducir unos aditamentos tubulares redondos llamados "trocares" hasta la cavidad abdominal, previamente se ha introducido con una aguja fina un gas llamado dióxido de carbono que nos permite "inflar" el abdomen con la finalidad de introducir los trocares y poder visualizar el interior de abdomen, introduciendo una microcámara a través de uno de los trocares, la cirugía se efectúa con instrumental especial largo que se introduce por los diferentes trocares y el cirujano puede ver los órganos y estructuras en un monitor o pantalla, el procedimiento no varía importantemente al realizado por abordaje abierto, se identifica el apéndice cecal, se procede a identificar la

arteria apendicular se cauteriza con pinza especial, se identifica la base del apéndice en el colon llamado ciego, se colocan ligaduras y se corta, procediendo a extraer el apéndice a través de uno de los trocares, se revisa cavidad, se limpia, se extrae gas y se suturan heridas del abdomen.

Existe la posibilidad que por la localización del apéndice o por proceso inflamatorio severo secundario a la apendicitis aguda, no sea posible identificarlo o liberarlo (disecarlo) el mismo a través de ésta técnica de manera segura, y el cirujano puede tomar la decisión de optar por asistir el procedimiento laparoscópico a procedimiento abierto (abrir el abdomen) con la finalidad de brindar seguridad al paciente y concluir la extirpación del apéndice cecal.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía por abordaje laparoscópico, haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento mas seguro y más adecuado.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos, didácticos y como parte del expediente clínico como lo determina la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

BENEFICIOS

- Se extirpa el órgano enfermo con lo que se elimina los síntomas, principalmente el dolor.
- Si se opera en forma temprana, se puede eliminar o disminuir el riesgo de:
- Perforación con formación de un absceso y posteriormente una peritonitis por infección. Esta última puede llegar a ser una infección generalizada (sepsis) provocando daños severos a la salud y la muerte.
- Al realizarnos esta operación estamos evitando que el cuadro clínico empeore y los síntomas sean insoportables y discapacitantes.
- La operación en forma temprana evita el riesgo de afectación a otros órganos y estructuras cercanas.
- Mediante el abordaje laparoscópico se produce menor manipulación de los intestinos, órganos adyacentes y otras estructuras intraabdominales, disminuyendo el riesgo de adherencias intestinales que posteriormente pueden originar cuadros de oclusión intestinal.
- Menor riesgo de íleo postoperatorio (parálisis intestinal transitoria por manipulación quirúrgica y/o desequilibrio electrolítico)
- Permite un menor tiempo de estancia intrahospitalaria misma que dependerá de la fase (grado de inflamación y afectación) en que se encuentra el apéndice cecal.
- Mediante el abordaje laparoscópico, se disminuye la agresión a la pared abdominal al realizarse heridas mucho más pequeñas, lo que condiciona menor dolor postoperatorio.
- La recuperación de la salud es más rápida.
- Requiere de menor días de incapacidad
- Las pequeñas heridas que se efectúan en el procedimiento laparoscópico son mucho de mejor apariencia estética, y existe menos riesgo de infección.
- Al realizarse incisiones más pequeñas, se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias.
- Un beneficio adicional del abordaje laparoscópico, es la posibilidad de inspeccionar el interior de la cavidad abdomen en busca de otras enfermedades.

- Necesidad menor de reposición de líquidos (durante y después de la cirugía) por menor exposición de los tejidos.
- Menor pérdida de sangre durante el abordaje laparoscópico.
- Menor edema (acumulación de líquido) de los tejidos y órganos adyacentes.

Los pacientes que son sometidos a un procedimiento de cirugía laparoscópica pueden retomar sus actividades normales en un tiempo más corto, pueden caminar, subir, bajar escalas, salir de su casa, al poco tiempo de ser intervenidos

RIESGOS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los propios derivados de toda cirugía y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación específica de cada paciente (antecedentes de diabetes, cardiopatía, hipertensión arterial, edad avanzada, anemia, obesidad, desnutrición, automedicación, etc.) y los específicos del procedimiento:

CICATRIZACIÓN: Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de un retraso en la cicatrización. Algunas zonas pueden no curar normalmente y tardar un tiempo mayor en cicatrizar. Algunas áreas de piel pueden morir (necrosis), lo que puede requerir cambios frecuentes de gasas, curación o de una cirugía posterior para eliminar el tejido desvitalizado (necrótico).

CIRUGÍA ADICIONAL Se pueden presentar complicaciones posoperatorias descritas en la literatura médica mundial debido al grado de afectación del apéndice cecal que pueden condicionar riesgo de evolución a formación de absceso residual(acumulación de pus en diferentes compartimientos dentro del abdomen), formación de adherencias intraabdominales que condicionen oclusión intestinal, y en casos más severos evolución a fistula cecal (fuga de materia fecal a la cavidad abdominal) o desarrollo de fistula intestinal(fuga de contenido intestinal a la cavidad abdominal), puede ser necesaria cirugías adicionales u otros tratamientos para tratar estas complicaciones que se pueden presentar de acuerdo a la historia natural de este padecimiento. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con el grado de afectación del apéndice cecal.. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

EMBOLIA GASEOSA. Podemos definir la embolia gaseosa, como la entrada de gas en el torrente circulatorio arterial, lo que ocasiona diversos grados de isquemia y/o sufrimiento de los tejidos del cuerpo. En la cirugía laparoscópica, se requiere de la insuflación de un gas (específicamente el CO2) para una adecuada exposición, visualización y manipulación del contenido abdominal.

Aunque es un riesgo poco frecuente, está latente y está descrito en la literatura médica.

FLEBITIS (inflamación de la vena). La complicación más frecuente de la infusión intravenosa es la inflamación local de la vena usada. Sus manifestaciones son: dolor local, induración en el trayecto de la vena y a veces enrojecimiento. Esta Flebitis puede ocurrir por fuga líquido o fármacos a los tejidos adyacentes.

HEMORRAGIA. El sangrado después de la cirugía es una complicación peligrosa. La hemorragia intraabdominal en escasa cuantía es un fenómeno normal durante la cirugía y no es indicación de reintervención. La indicación quirúrgica se establece por tanto en hemorragias abundantes, continuas que no remiten espontáneamente, su incidencia es baja y el riesgo es bajo, no obstante en caso de presentarse obliga a una reintervención inmediata por abordaje laparoscópico o abordaje abierto.

INFECCION INTRAABDOMINAL. En la apendicectomía laparoscópica se pueden presentar infecciones, por la salida de gérmenes de la luz intestinal, lo cual es inevitable al seccionar su base durante su extirpación en el ciego. No obstante, ante aperturas accidentales del colon, el riesgo de infección aumenta de forma exponencial de infecciones intraabdominales. La infección de origen abdominal puede manifestarse como peritonitis local o generalizada (Inflamación del peritoneo debida, generalmente, a una infección), enterocolitis (Inflamación del intestino delgado y del colon), septicemia (presencia de bacterias en la sangre), absceso, u otras infecciones entéricas e incluso pero con menor frecuencia trombosis sépticas de la vena porta que puede condicionar abscesos hepáticos.

INFECCION DE HERIDA QUIRÚRGICA. Existe riesgo de infección de heridas quirúrgicas mediante el abordaje laparoscópico en pacientes con apendicitis aguda complicada, gangrenosa o perforada no obstante el riesgo es menor en comparación con el abordaje abierto. La manifestación más frecuente es fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida, así como edema (hinchazón causada por la acumulación de líquidos) y eritema (enrojecimiento de la piel).

Lo cual conlleva al retraso en la cicatrización y dehiscencia (apertura) de la herida.

INSUFLACIÓN EXTRAPERITONEAL DE CO₂. Una introducción insuficiente de la aguja de Veress (instrumento clásico para la introducción del CO₂ previo a la colocación de los trócares) ya sea, por una penetración insuficiente de la pared abdominal, pueden ocasionar acumulo de este gas, lo que provoca un enfisema (acumulación de aire en diferentes espacios de la pared abdominal o en los órganos del cuerpo) (epiplón, mesenterio o retroperitoneo). Es la complicación más frecuente y habitualmente se resuelve espontáneamente

PERFORACION O DESGARRO PROVOCADAS POR LOS TRÓCARES EN INTESTINO GRUESO: complicación rara (0,1%) y si se produce afecta sobre todo al colon descendente. El olor fétido es el primer síntoma. El diagnóstico puede ser advertido durante la cirugía para la extirpación del apéndice cecal y puede tratarse por esta vía o bajo asistencia a cirugía abierta de acuerdo a la experiencia y decisión del cirujano que este efectuando el procedimiento y no ser advertida, no detectándose de manera inmediata, los síntomas a los pocos días son cuadro de dolor abdominal y contractura de abdomen. Siendo necesarios estudios de laboratorio y gabinete adicionales así como laparotomía exploradora para llegar al diagnóstico, previa cobertura antibiótica y la colaboración de un cirujano general. La reparación puede requerir de una colostomía (procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura hecha en la pared abdominal). El cierre debe hacerse dejando drenajes. El cierre de la colostomía se practicara varios meses después.

PERFORACION O DESGARROS PROVOCADAS POR LOS TRÓCARES EN INTESTINO DELGADO:

Su frecuencia es mayor (0,16 a 0,18%). El tratamiento puede ir, desde la observación clínica además de estudios de laboratorio y gabinete sin actuación inmediata, a la laparotomía para confirmar la extensión de las lesiones y efectuar su reparación quirúrgica. Si la perforación es amplia o si afecta a la irrigación sanguínea de la zona, puede requerir hacer una resección (extirpación) del segmento y anastomosis (unión) inmediata.

PERFORACIÓN O DESGARRO VESICALES: se reportan con una incidencia de 0.03% a 0.13% Si se advierte, se debe realizar una sutura inmediata y la colocación de una sonda vesical permanente, como mínimo seis días, bajo protección antibiótica. Si la lesión pasa inadvertida y se observan datos después de la cirugía como; ausencia de orina, sangre en orina y dolor al orinar se hará una nueva exploración laparoscópica que permitirá visualizar el orificio vesical y su sutura.

PERFORACION O DESGARRO VASCULARES: La punción o desgarro de grandes vasos abdominales (aorta, cava, mesentérica inferior) al introducir el primer trócar no es superior al 0,3- 0,9% de los casos. Son más probables en los casos de pacientes muy delgadas o niñas. El tratamiento de estas complicaciones exige una laparotomía inmediata, compresión eficaz y ligadura posterior para detener el sangrado, a ser posible, por un cirujano vascular.

OBSTRUCCIONES INTESTINAL. La obstrucción del intestino es la causa más frecuente de complicación tras la cirugía. Las adherencias (cintas de tejido parecidos a una cicatriz que hacen que los tejidos u órganos se queden pegados, condicionando interrupción del tránsito intestinal en diferentes segmentos del tubo digestivo) son la causa de la inmensa mayoría de las obstrucciones intestinales postoperatorias. Constituyen una respuesta inflamatoria de la cavidad peritoneal ante el proceso patológico (apendicitis aguda) y por la instrumentación quirúrgica.

PROBLEMAS ANESTÉSICOS. Las complicaciones de la Anestesia se manifiestan de distintas formas durante el periodo perioperatorio y pueden variar desde relativamente menores hasta poner en peligro la vida del paciente.

HEMATOMA. Es posible su formación, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede extravasarse y requerir tratamiento de emergencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre en los casos en que la pérdida hemática condicione anemia. No se debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia, situación que en muchos casos no es posible llevar a cabo ante la necesidad de efectuar un procedimiento de urgencias y de manera específica en la apendicitis aguda ante la posibilidad de perforación del órgano, debiendo de evaluarse el riesgo beneficio de efectuar la cirugía a pesar de este antecedente y tomarse las medidas necesarias para tratar de evitar esta complicación.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. Es una complicación potencial descrita en cualquier procedimiento quirúrgico mayor, aunque para este tipo de abordaje la movilización temprana puede minimizar este riesgo.

A estas complicaciones genéricas de la laparoscopia habría que añadir las propias de la patología tratada y del órgano afecto.

Los riesgos y molestias que esta técnica quirúrgica conlleva son los propios de cualquier otra intervención realizada en la cavidad abdominal.

Las complicaciones posibles, aunque raras, son escapes de líquido intestinal por el orificio donde anteriormente se encontraba el apéndice, acumulación de pus dentro del abdomen, secundario normalmente a las peritonitis, infecciones de la herida, etc.

Estas complicaciones habitualmente pueden resolverse con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir de cirugías de reintervención y en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico deberá de contar con la autorización podrá realizar tratamientos, procedimientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano con el propósito de procurar y/o salvar mi vida.

RIESGOS PERSONALIZADOS

OTRAS ALTERNATIVAS

Apendicetomía abierta, también llamada a cielo abierto

Yo: _____, por medio del
presente consentimiento acepto y autorizo al _____
_____ para que sea realizado-

Manifiesto la verdad de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales. Los datos personales deberán recabarse y tratarse de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por esta Ley de Protección de Datos Personales y demás normatividad aplicable

Me han facilitado esta hoja informativa que he leído y entendido a entera satisfacción, donde me explican de manera sencilla y entendible el significado del procedimiento, sus beneficios y los riesgos inherentes al mismo, las posibles alternativas de tratamiento Así como, para la atención de posibles contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, y o el cual me permitirá recobrar mi salud y conservar la vida.

Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana **NOM -004-SSA3- 2012** del Expediente Clínico.

NORMA Oficial Mexicana **NOM-024-SSA3-2012**, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. En lo dispuesto por los artículos 32, 72, 80, 81, 82 y 83 del **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares artículos 6, 8, 9, 10- VI, 10 -VII, 12, 37

Nombre y Firma del Paciente. _____

Nombre y Firma del Médico Tratante: _____

Nombre y Firma del Testigo (1) _____

Nombre y Firma del Testigo (2) _____