



Consentimiento bajo información para Apendicetomía

**CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD. ARTICULO 77 BIS. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD
MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ARTICULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL
MEXICANA NOM-004-SSA3-2012. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1.1.1. A LA 10.1.1.4.**

Nombre _____		Edad _____	Sexo _____	No. _____
Lugar _____	Fecha _____	Servicio o Médico Tratante _____		Cama _____

El apéndice es un órgano en forma de tubo, de longitud variable, situado en el intestino grueso, y que cuando se inflama origina un cuadro denominado apendicitis aguda. El dolor a nivel abdominal se localiza, en la mayoría de las ocasiones, en la región inferior derecha del abdomen. La evolución natural de la enfermedad, de no operarse, es en un porcentaje elevado hacia la perforación, originándose posteriormente una peritonitis.

El diagnóstico se realiza principalmente mediante la exploración del enfermo. En las mujeres, inflamaciones de diferentes estructuras de su aparato genital pueden originar síntomas semejantes a una apendicitis. También, en las personas jóvenes, la inflamación de ganglios localizados a ese nivel produce síntomas muy similares.

Pese a todo, y ante la duda, es mejor intervenir quirúrgicamente evitando que, de ser una apendicitis, se origine la progresión hacia la peritonitis, que conllevaría más complicaciones y mayor riesgo para el paciente.

La cirugía que se efectuara, consiste en la identificación de la base del apéndice cecal, la ligadura de la arteria que la irriga, corte, extirpación y ligadura de la base del apéndice. Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos trans operatorios, para proporcionarle el tratamiento más adecuado, incluyendo resección intestinal, anastomosis intestinal o la realización de ostomía (conexión temporal de un segmento de intestino a la pared abdominal por donde sale su contenido), colocación de drenajes que permitan la salida de líquidos residuales o pus.

Yo _____

Nombre y firma del paciente o representante

Manifiesto mi libre voluntad para autorizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se me indiquen o apliquen después de haberme informado de manera clara, oportuna, suficiente y veraz sobre mi enfermedad y estado actual, además de los beneficios, los posibles riesgos, complicaciones y secuelas. Se me ha comunicado las alternativas existentes y disponibles, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento antes del procedimiento o intervención. También otorgo mi autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva. Con el propósito de que mi atención sea adecuada, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.

Diagnostico _____	Tipo de Intervención _____	Urgente (<input type="checkbox"/>)	Electiva (<input type="checkbox"/>)
-------------------	----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Riesgos más frecuentes: Sangrado e infección de la herida quirúrgica, escapes de líquido intestinal por el orificio donde anteriormente se encontraba el apéndice, acumulación de pus dentro del abdomen, secundario normalmente a las peritonitis, fístulas, oclusión intestinal, adherencias intestinales, íleo metabólico, y otras. Flebitis (inflamación de la vena) en la zona de aplicación de suero. Puede requerir transfusión de sangre o hemoderivados.

Riesgos Personalizados.- También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, pueden presentarse resultados adversos por antecedentes de enfermedades previas, adicción a drogas, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia incluyendo fallecimiento.

Beneficios: La preservación de la función intestinal, pero, sobre todo, la vida

Procedimientos Alternativos: Solo puede ser resuelta mediante tratamiento quirúrgico

Nombre y Firma del Testigo _____	Nombre y firma del Médico _____
----------------------------------	---------------------------------

Revocación del Consentimiento: Yo después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación /revocación (tachése lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre y Firma del Paciente o Representante

Nombre y firma del testigo