

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## EVENTRACION LAPAROSCOPICA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	<p>Se va a reparar un defecto de la pared abdominal en una zona operada con anterioridad y a través de la cual salen una o varias víceras abdominales recubiertas por la piel. La operación consiste en reparar el defecto reforzando la pared abdominal, pudiendo colocar un material protésico (malla). En ocasiones hay que realizar la resección de algún órgano intraabdominal afectado por el proceso de la enfermedad.</p> <p>Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento quirúrgico en función de hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento mas adecuado.</p>
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	<p>Mediante este procedimiento se pretende reparar el defecto de la pared abdominal evitando su aumento progresivo y eliminando el riesgo de estrangulación que obligaría a una cirugía de urgencia. Se persigue conseguir la desaparición de las molestias abdominales al tiempo que se recupera total o parcialmente la forma y anatomía de la pared abdominal.</p>
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	<p>Realizar la cirugía de corrección por medio de Laparoscopia</p>
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	<p>Es de esperar que se pueda recuperar la actividad en poco tiempo, con total posibilidad de movimientos, ausencia de molestias dolorosas. En cualquier caso el tiempo de recuperación dependerá del tamaño y características de la eventración y del tipo de intervención realizado.</p>
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>	<p>Probablemente la hernia siga aumentando de tamaño, con una mayor dificultad en el tránsito intestinal, aumento de molestias dolorosas, mayor dificultad para realizar sus actividades habituales y posibilidad de sufrir episodios de estrangulación, con el riesgo vital que esto conlleva.</p>
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	<p><i>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.</i></p> <p><i>1. Inflamación de las venas por la que se introducen los sueros. ( Flebitis ). 2. Infección o sangrado de la herida quirúrgica que a veces conlleva a la apertura de la herida. 3. Dolor prolongado en la zona de la operación.</i></p>
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	<p><i>1. Obstrucción intestinal. En personas obesas o con problemas pulmonares pueden presentarse o agravarse enfermedades respiratorias. 2. Rechazo de malla. 3. Reproducción de la eventración. Fístulas intestinales</i></p> <p>Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.</p>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	<p>Es necesario que el paciente, advierta de sus antecedentes de enfermedades o medicamentos actuales. Cualquier complicación es mas frecuente si existen enfermedades sobreañadidas.</p>

# CONSENTIMIENTO INFORMADO EVENTRACION

**ACLARACIONES**  
(SÓLO PARA LLENAR POR EL  
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA Dr./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGIA DE EVENTRACION**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA Dr./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **CIRUGIA DE EVENTRACION**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO

.....  
FIRMA Y SELLO MÉDICO