

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HERNIOPLASTIA



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.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	Se va a reparar un defecto de la pared abdominal 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, devolviendo el contenido abdominal a la cavidad, pudiendo colocar un material protésico (malla). 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 más adecuado.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	Mediante este procedimiento se pretende corregir el defecto de la pared abdominal cerrando el orificio herniario de modo que el contenido no se exteriorice a través del mismo. 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, evitando la posibilidad de estrangulación de la misma que llevaría a una cirugía urgente.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Aunque es posible usar una faja de por vida, con ello no se garantiza que se presenten complicaciones. La única forma de reparar es con tratamiento quirúrgico. Se puede realizar por vía laparoscópica.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Es de esperar que con la corrección del defecto de la pared abdominal, tras el período de hospitalización, 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 así de como el tipo de intervención realizado.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	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.
RIESGOS FRECUENTES	<i>A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Son los comunes derivados de toda intervención quirúrgica: Infección o sangrado de herida quirúrgica, flebitis, dolor prolongado en el sitio de la operación.</i>
RIESGOS POCO FRECUENTES	Otros riesgos son menos frecuentes pero pueden ser mas graves: Obstrucción intestinal. Rechazo de la malla. En hernias inguinales: inflamación y atrofia testicular. Reproducción de hernia o lesión vascular. Estas complicaciones se resuelven habitualmente con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un riesgo de mortalidad.
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario que el paciente, advierta de sus antecedentes de enfermedades o medicamentos actuales. Cualquiera de las complicaciones son mas frecuentes si existen enfermedades.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HERNIOPLASTIA

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 **CIRUGÍA DE LA HERNIA**

EN, A LOS DÍAS DEDEL

.....
FIRMA PACIENTE
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **CIRUGÍA DE LA HERNIA**

EN, A LOS DÍAS DEDEL

.....
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