

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA EVENTRACIÓN

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La eventración es un defecto de la pared abdominal sobre una zona operada con anterioridad a través de la cual salen una o varias vísceras abdominales cubiertas por la piel. La operación consiste en reparar el defecto reforzando la pared abdominal, mediante la colocación de un material protésico (malla). En ocasiones, puede ser también necesaria la extirpación de un órgano si está afectado.

Esta técnica se puede realizar mediante cirugía abierta o laparoscopia, asistida o no por robot.

La cirugía abierta se hace a través de una incisión en la pared del abdomen o toracoabdominal.

Por la vía laparoscópica la reparación se hace a través de unos pequeños orificios por los que se introducen una pequeña cámara y los instrumentos de corte y coagulación, también se introduce gas en la cavidad para expandir el abdomen. Esta técnica conlleva un menor dolor en el postoperatorio, una disminución de las complicaciones relacionadas con la herida, menor tiempo de hospitalización y mejor recuperación de la actividad diaria.

La laparoscopia asistida por robot, permite una mayor precisión, flexibilidad y control. El robot cuenta con una cámara y brazos mecánicos con instrumentos, que son controlados por el cirujano.

Puede que una vez se inicie la cirugía por la vía laparoscópica se tenga que terminar con cirugía abierta si las condiciones así lo requieren.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que hacer modificaciones del procedimiento por los hallazgos encontrados, para dar el tratamiento más adecuado.

Esta intervención se hace con anestesia general.

La finalidad del procedimiento es evitar el aumento de la eventración, las molestias que produce y la estrangulación de alguna víscera del abdomen.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Complicaciones abdominales: lesiones de las vísceras cercanas (intestino, bazo, hígado, etc.) que pueden dar lugar de forma excepcional a eventos graves, peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal), infección generalizada, parálisis intestinal, obstrucción de los intestinos, lesiones de intestino por bisturí eléctrico que pueden precisar de una nueva intervención quirúrgica.
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Recidiva de la eventración.
- Rechazo, intolerancia o infección de la prótesis (malla).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos de la cirugía laparoscópica:

Frecuentes:

- Enfisema (acúmulo debajo de la piel del gas usado en la técnica).
- Dolor en el hombro.

Menos frecuentes y graves:

- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “CIRUGÍA DE LA EVENTRACIÓN”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: