CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

INSUFLACIÓN DEL NEUMOPERITONEO PREVIO A CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cirugía para reparar hernias grandes en la pared abdominal, si se realiza de manera forzada, puede aumentar la presión dentro de la cavidad abdominal. Esto podría causar dificultad para respirar, mayor presión en la cavidad abdominal e incluso hacer que la cirugía no se pueda completar correctamente.

El procedimiento consiste en colocar un catéter en la cavidad abdominal para distenderla gradualmente con aire durante un período de tiempo antes de la intervención, que puede ser de entre 1 a 3 semanas. En algunos casos, se combina con toxina botulínica para relajar los músculos abdominales.

La finalidad de este tratamiento es ampliar la capacidad de la cavidad abdominal, lo que facilita una reparación adecuada de la hernia y mejora la recuperación, reduciendo las posibles complicaciones.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Riesgos leves:

- Dolor leve en la zona de punción.
- Sensación de incomodidad, pesadez o dolor en el hombro.
- Penetración de aire en los tejidos bajo la piel.
- Problemas con la movilización o deambulación.
- Dificultad respiratoria leve, especialmente en las fases finales del procedimiento, a medida que aumenta la cantidad de aire introducido.
- Hemorragia o hematoma en la zona de punción.

Riesgos poco frecuentes y graves:

- Reacción alérgica al anestésico local, en caso de haberse utilizado.
- Lesión en los vasos sanguíneos.
- Punción de vísceras intraabdominales (bazo, asas intestinales, vejiga, etc.).
- Peritonitis (inflamación e infección de la cavidad abdominal).
- El aire o gas introducido puede distribuirse de forma irregular o en áreas no deseadas (retroperitoneal, mediastínico, etc.) lo que podría obligar a suspender el procedimiento o repetirlo.
- Trombosis venosa profunda, muy infrecuente.
- Si el catéter se obstruye o se mueve de su sitio, será necesario recolocarlo.

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede requerir una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya 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

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "INSUFLACIÓN DEL NEUMOPERITONEO PREVIO A CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL"

Yo, D./Dª. ,como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./Dª. , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

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

Firma del representante legal: DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra. Col. Nº: Servicio de

---

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: revoco el consentimiento previo. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: