

Doctor Luis Javier Cárdenas

**Cirujano Gastrointestinal Laparoscopista y de
Obesidad**

Doctora Hebe Angélica Avilés V.

**Cirujana General Laparoscopista y de
Obesidad**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cirugía “Reparación de Hernia Epigástrica”

INFORMACION GENERAL

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de un defecto de la pared abdominal en el cual, parte del contenido abdominal (intestinos, epiplón) se introducen a través del mismo y corren riesgo de estrangularse, lo cual pudiese generar una necrosis (muerte) del tejido estrangulado, convirtiéndose en una verdadera urgencia. El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. Para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA

Mediante esta técnica se le va a eliminar el defecto herniario mediante una incisión en piel o bien a través de pequeñas incisiones abdominales por vía laparoscópica convencional o por puerto único; sin embargo en algunos casos no es posible concluir la cirugía por laparoscópica y es necesario realizar una incisión mayor para terminar la cirugía por vía abierta. Con la colocación de una malla, que será escogida de acuerdo a la técnica, Abierta o Laparoscópica. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía se tengan que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA CIRUGIA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), y los específicos del procedimiento:

Poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, flebitis, hematomas superficiales o profundos, dolor prolongado en la zona operatoria, dolor en hombros por retención de CO₂ (gas).

Poco frecuentes y graves: Dehiscencia de la herida, infección superficial o profunda, trombosis venosa profunda o tromboembolismo, lesión de vasos adyacentes, perforación de vísceras, fístula intestinal, infección de la malla.

Estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos. sueros. etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia o unidad de cuidados intensivos. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos del Hospital seleccionado están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En su caso no existe alternativa terapéutica eficaz que no sea quirúrgica, recomendamos que la decisión por la terapéutica quirúrgica sea tomada lo más pronto posible ya que existe un riesgo inminente de estrangulamiento de su hernia, y un procedimiento que puede realizarse en forma sencilla puede tornarse sumamente complicado.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

CONSENTIMIENTO

Yo, Sr. /Sra. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **CIRUGIA REPARACIÓN DE HERNIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA O ABIERTA O UN SOLO PUERTO**. Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, según dispone la Ley 68. Del 20 de noviembre del 2003. Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Luis Javier Cárdenas y/o la Dra. Hebe Angélica Avilés. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Panamá a _____ de _____ del _____

TESTIGO Sr./Sra. _____ Firma _____
Ced _____

PACIENTE Sr./Sra. _____ Firma _____
Ced _____

MEDICO Dr./Dra. _____ Firma _____
Ced _____