

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIAS
(Inguinales, Crurales, Umbilicales, Incisionales, Ventrales)**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La cirugía de Hernia de la Pared Abdominal, consiste en la reparación de un defecto que se encuentra en la pared de mi abdomen en la zona del ombligo, la zona central o lateral de mi vientre y/o la zona inguinal, utilizando mis propios tejidos de la región para cerrar el defecto o utilizando una prótesis de malla de nylon o algún otro material. Si se utiliza una malla para reparar el defecto de la hernia, esta quedará dentro del cuerpo de manera permanente. En el momento de la cirugía mi cirujano podrá decidir el no colocar una malla para reparar el defecto y utilizará cualquiera otra de las técnicas que aquí se describen.

Una hernia de la pared abdominal puede ser generalmente de cuatro tipos: Hernia inguinal-crural, Hernia umbilical, Hernias ventrales centrales y laterales y Hernias Incisionales.

En ciertas condiciones, como por ejemplo cuando el contenido de una hernia no puede regresar de manera espontánea a su lugar o cuando la hernia se complica por cualquier causa, el procedimiento debe realizarse de urgencia y no puede ser realizado de manera ambulatoria.

Las técnicas convencionales que utilizan para la corrección de la hernia con los mismos tejidos de la zona donde la hernia se encuentra, son recomendados para la corrección de las hernias umbilicales y algunas hernias ventrales centrales pequeñas.

Para las hernias inguinales estos métodos han caído en desuso porque producen más molestias postoperatorias. Las técnicas que utilizan una prótesis que generalmente **es una malla** de polipropileno u otro material inerte con el objeto de realizar la reparación del defecto herniario se conocen como reparaciones libres de tensión. Al suturar la malla a los tejidos cercanos al orificio de la hernia, estos mismos tejidos no se mueven del lugar donde se encuentran previamente con lo que la reparación queda libre de tensión y produce menos molestias post operatorias. Las técnicas libres de tensión difieren en la manera de cómo se coloca la malla.

En algunas ocasiones se utilizan técnicas de cirugía laparoscópica para colocarla por dentro de la cavidad abdominal o por delante del peritoneo. En otras ocasiones, utilizando una **incisión convencional** se coloca la malla en la zona del defecto herniario. Esta última modalidad de cirugía tiene un menor costo, la incisión en la mayoría de los pacientes es pequeña y tiene la ventaja de poder hacer rápidamente, con anestesia local, regional o una combinación de ambas técnicas

anestésicas y tiene la enorme ventaja de una recuperación post anestésica rápida, lo que permite realizar el procedimiento de manera ambulatoria, favorece el retorno inmediato a la vida normal y tiene pocas molestias postoperatorias.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Hernias Inguino Crurales:

- Infección de la herida quirúrgica.
- Seromas
- Sangrado en el sitio de la herida, hematomas.
- Hidrocele
- Neuralgia Aguda (menor a 6 semanas). Dolor Inguino crural.
- Orquitis isquémica
- Lesiones de intestino delgado y/o grueso, trompas de Falopio, epiplón mayor, vejiga.
- En casos extremadamente raros se ha observado el rechazo de la prótesis (malla)
- Edema escrotal leve (aumento de volumen) en el hombre
- Excepcionalmente se puede presentar en el post operatorio dolor de la región inguinal severo, hematoma (acumulación de sangre) o absceso (infección) de la herida operatoria, Orquitis isquémica (inflamación del testículo) en el hombre o Infección de la malla y/o rechazo al material del que está hecho la malla que obliga a su retiro, algunas de estas complicaciones requieren de una nueva intervención quirúrgica.

Hernias Incisionales – Ventrales:

- Infección de la herida quirúrgica.
- Seromas
- Sangrado en el sitio de la herida, hematomas.
- Neuralgia aguda (menor a 6 semanas).
- Neuralgia crónica (mayor a 6 semanas).
- Lesiones de intestino delgado y/o grueso, trompas de Falopio, epiplón mayor, vejiga.

Hernia Umbilical:

- Infección de la herida quirúrgica.
- Seromas
- Sangrado en el sitio de la herida, hematomas.
- Neuralgia aguda (menor a 6 semanas).
- Neuralgia crónica (mayor a 6 semanas).
- Lesiones de intestino delgado y/o grueso, trompas de Falopio, epiplón mayor, vejiga.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el **Tratamiento Quirúrgico De Hernia** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
----------------------------------------------------------------------	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)