

Consentimiento Informado HERNIA INGUINAL E HIDROCELE INFANTIL

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

Mediante este procedimiento se pretende cerrar la comunicación entre el abdomen y el saco inguinal y/o conducto peritoneovaginal persistente. Esta comunicación permite la entrada de líquido como en el hidrocele comunicante o de órganos (asas intestinales, ovario, epiplón) lo que puede llevar a complicaciones como una hernia inguinal atascada o un hidrocele a tensión, la torsión de un ovario deslizado o el compromiso vascular del testículo.

Características

El tratamiento consiste en el cierre con resección completa o parcial del saco herniario. Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intra operatorios. Este procedimiento puede ser realizado en forma tradicional o laparoscópica si el cirujano encuentra que el caso lo amerita, y habiendo sido informado de los beneficios y riesgos de ambos abordajes.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que 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, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento. Estos pueden ser:

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, flebitis.

Poco frecuente y de mediana gravedad: Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.

Pocos frecuentes y graves: Shock anafiláctico y/o hemodinámica, sepsis.

Específicos de la cirugía (habitualmente muy infrecuentes): Infección, hematoma y/o seroma de herida operatoria, lesión del cordón espermático y/o testículo, recidiva de la hernia.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones. El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **HERNIA INGUINAL E HIDROCELE INFANTIL**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal