

Capítulo 31

Hernia y cirugía ambulatoria

Cristóbal Zaragoza Fernández
Violeta Gisbert Ninet

Introducción

En general, los criterios seguidos para la estructuración y desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Sin Ingreso han sido médicos, sociales y económicos, pero no en el sentido de gastar menos dinero, sino de gestionarlo mejor, intentando adecuar los recursos sanitarios disponibles al incremento de demanda asistencial de una población cada vez más exigente con su salud. Diferenciaremos:

Cirugía Ambulatoria: "Cuando el paciente es intervenido sin ingresar y, por lo tanto, no pernocta en el hospital, independientemente de que la intervención sea de cirugía mayor o menor y la anestesia local, regional o general". Podemos distinguir:

Cirugía menor ambulatoria: "Engloba aquellos procedimientos quirúrgicos menores que con anestesia local y sin ningún periodo de tiempo de convalecencia hospitalaria, vuelven a su domicilio después de acudir a un centro sanitario o cualquier despacho médico para que le sea realizado dicho procedimiento".

Cirugía mayor ambulatoria: Existen varias definiciones, pero esta es la que mejor marca su filosofía: "La atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia gene-

ral, regional o local con sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento".

Cirugía de Corta Estancia: "Cuando el paciente es intervenido e ingresa durante 24-48 horas en el centro hospitalario".

De todas formas, pensamos que ambos conceptos, "cirugía ambulatoria" y "cirugía de corta estancia", responden a una misma filosofía y que cualquiera de ellos puede ser consecuencia del otro. En cualquier caso, mediante una o la otra, lo que se pretende es minimizar la hospitalización a favor de un mayor grado de satisfacción de los pacientes y de un ahorro económico, sin menoscabo de la calidad asistencial.

Lo evidente es que la experiencia acumulada de los centros hospitalarios en los que se han implantado Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) ha sido altamente positiva, no solo para el paciente, y, por lo tanto, para la sociedad en la que se ubica y desarrolla, sino, y como decimos, para el sistema sanitario, preferentemente en lo que se refiere a la adecuada utilización de los recursos que la administración pone al servicio del entorno social.

En lo que concierne al sistema sanitario, con la implantación de este tipo de unidades, se produce un decremento en la lista de espera quirúrgica, una mayor disponibilidad de camas por disminución de estancias y una reducción del coste económico, al menos en un 40%, en comparación con el modelo quirúrgico convencional.

Uno de los procesos que con mayor frecuencia se intervienen en las UCMA es la patología herniaria inguinocrural. Esta entidad nosológica quirúrgica sobre la que la mayoría de cirujanos habían perdido interés, por considerarse un proceso "banal" que servía como primera técnica de aprendizaje de los MIR de primeros años, ha vuelto a resurgir. Este renacimiento ha sido posible por la preocupación persistente de los cirujanos en lo relativo a las recidivas, la aparición de prótesis biotolerables ("mallas") que permiten la práctica de hernioplastias "sin tensión", la gran evolución de los anestésicos y la técnica anestésica y, sobre todo, a la aparición e implantación de las UCMA o sin ingreso. Todo ello está permitiendo que la mayor parte de los pacientes afectos de patología herniaria de la pared abdominal sean intervenidos con anestesia local, mediante la práctica de hernioplastias "sin tensión" y sin necesidad de ingreso hospitalario.

Unidad de CMA del Hospital General Universitario de Valencia

Como respuesta a la progresiva demanda quirúrgica, relacionada con la mejoría de la calidad y expectativas de vida de la población y los avances tecnológicos, el Hospital General Universitario de Valencia estructuró una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. El esquema descriptivo de nuestra UCMA sigue los cánones de la unidad que se considera más operativa y rentable: la ubicada en

el recinto hospitalario, independiente, multidisciplinaria y con personal, recursos y circuitos propios.

1. Estructura física

Nuestra unidad posee un bloque estructural autónomo ubicado en el tercer piso del pabellón izquierdo. Cuenta con una sala de espera donde el paciente y familiares permanecen hasta ser llamados para la intervención o consultas externas. Está ubicada fuera de la unidad pero conectada con ella mediante un sistema de megafonía.

En su estructura física propiamente dicha podemos distinguir dos zonas, una externa o de consultas-administración y otra interna o quirúrgica. La externa comprende:

Una policlínica polivalente, donde se realizan las visitas preoperatorias y las consultas quirúrgicas. El ECG se practica en ella y en la primera consulta del paciente. Los análisis y radiología preoperatorios se realizan en los servicios centrales, pero a través de circuitos diferenciados con el fin de no ser interferidos por la dinámica general del hospital.

Un área de trabajo para médicos y personal de enfermería.

Un vestuario y aseo para pacientes .

Un vestuario para personal, con duchas, aseos y taquillas.

Un despacho-recepción para el personal administrativo donde está centralizado el sistema informático independiente donde se almacenan nuestras historias y protocolos. Estamos conectados a la red informática general del hospital con entrada al archivo general de historias; así mismo contamos con la posibilidad de escanear documentos clínicos incorporándolos de esta forma a la historia informática del paciente. En esta zona están centralizados los sistemas de megafonía y música ambiental de la unidad. Contamos con preinstalación de audio-vídeo y con un sistema de televideoconferencia de alta definición actualmente conectado con los

hospitales "Saint Eloi" (Montpellier-Francia), "G.B. Morgagni" (Catania-Italia) y "Endolaser" (Atenas-Grecia).

Un área de adaptación al medio o de sillones, con capacidad para ocho pacientes; es donde el paciente espera junto a su familia el momento del alta.

La zona quirúrgica o interna la conforman:

La Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA): esta zona aunque físicamente es única, con el fin de poder ser controlada por un solo DUE, ejerce una doble función: recibir al paciente e iniciar la técnica anestésica adecuada o prepararle para anestesia general y controlar el postoperatorio inmediato. La sala denominada de técnicas tiene capacidad para atender a tres pacientes de forma simultánea y está dotada de monitor-desfibrilador, respirador y toma de gases medicinales y vacío. La sala de recuperación postanestésica propiamente dicha, es el espacio donde el paciente es controlado en el postoperatorio inmediato hasta que el anestesista considera que está en condiciones de acceder a la sala de adaptación o de sillones. Esta sala consta de seis camillas con toma de aire medicinal y vacío cada una, pudiendo monitorizar cuatro pacientes simultáneamente.

Dos quirófanos polivalentes y dotados de la infraestructura para la práctica de las diversas especialidades quirúrgicas (cirugía general y digestiva, oftalmología, ginecología, traumatología, ORL y cirugía plástica)

Sala de estar del personal.

Sala de lavado, esterilización y clasificación del material.

2. Selección de pacientes

La selección de pacientes la realizamos dependiendo de las:

Características del paciente: Incluimos aquellos pacientes que aceptan voluntariamente el acto ambulatorio, son capaces de entender las indicaciones médicas y de tolerar el dolor mo-

derado tras la intervención quirúrgica.

Características del entorno social: Enfermos que cuenten con una vivienda adecuada (teléfono, ascensor en caso de edificios, etc), así como con la compañía de un adulto responsable durante 24-48 horas tras la intervención y un vehículo disponible, para en el caso de complicaciones poderlo trasladar al centro hospitalario.

Características de la cirugía a practicar: Realizamos intervenciones que no precisan una preparación preoperatoria compleja, no conllevan hemorragias importantes, no requieren terapia intravenosa y aquellas en las que el dolor postoperatorio es controlable con analgésicos orales.

Criterios de patología asociada: Incluimos pacientes ASA I, II y III bien compensados.

Excluimos pacientes psiquiátricos, presos, drogodependientes, obesos con sobrepeso superior al 30% del peso teórico ideal y aquellos con patología respiratoria grave.

3. Enfermedades que tratamos

En nuestra Unidad se intervienen pacientes de diversas patologías y especialidades:

Cirugía general y digestiva: Hernias inguinales, crurales, umbilicales, epigástricas, de Spiegel y pequeñas eventraciones. Quistes pilonidales, fisuras anales, condilomas, pólipos del canal anal, hemorroides y fístulas no complejas. Tumores mamarios benignos, biopsias de mama, exéresis de adenopatías y tumoraciones benignas grandes como lipomas, fibromas, etc. Colectomías laparoscópicas en pacientes muy seleccionados, laparoscopia diagnóstica, gastrostomía endoscópica percutánea, biopsias hepáticas. Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis, esclerosis de varices, implantación de catéteres venosos y reservorios.

Oftalmología: Cataratas, glaucoma, estrabismo, afecciones palpebrales y del aparato lacrimal.

Otorrinolaringología: Adenoidectomía, septoplastia, timpanotomía, microcirugía la-

ríngea, tubos de drenaje, polipeptomías nasales, quiste nasogeniano, cirugía de cornetes, punción de senos maxilares, quistes de retención maxilar, miringoplastias, lesiones del pabellón auricular.

Cirugía ortopédica y traumatológica: Hallux valgus, enfermedad de Dupuytren, gangliones, quistes sinoviales de la mano, exéresis de neuromas, artroscopías y extracción de material de osteosíntesis.

Las especialidades de ginecología, urología y cirugía oral y maxilofacial irán siendo incluidas progresivamente.

4. Circuito del paciente

El paciente seleccionado es enviado por el especialista de las diversas áreas asistenciales a la policlínica de la UCMA donde se realiza la visita preanestésica, el ECG, la radiografía de tórax, si es necesaria, el mismo día y el estudio analítico la mañana siguiente. De esta forma, en 48-72 horas se cuenta con el preoperatorio completo. En esta visita, se firma la hoja de consentimiento informado y recibe información verbal y escrita sobre forma de actuación, así como protocolo de cuidados preoperatorios, postoperatorios y teléfono de contacto durante 24 horas. Queda emplazado para el día de la intervención, mediante sistema telefónico.

El día de la intervención, el paciente es recibido por la administrativa, y acomodado en la sala de espera donde se le avisa por megafonía para pasar junto a un familiar al vestuario donde se desprenderá de la ropa de calle, colocándose gorro, calzos y bata.

En una silla de ruedas el celador lo trasladado a la sala de técnicas anestésicas, ubicándole en una camilla para canalizar vía, monitorizarlo y proceder a la técnica anestésica correspondiente o premedicación, si fue anestesia general, pasando a continuación a quirófano para su intervención quirúrgica. Ya intervenido se procede de dos formas, según la técnica anestésica practicada:

A: Anestesia general, regional y local con sedación: El paciente pasa a la URPA donde continua monitorizado y controlado por un ATS, hasta su recuperación anestésica, estabilidad hemodinámica y tolerancia hídrica, que se inicia a las dos horas de finalizada la intervención, en el caso de anestesia general. A continuación el paciente pasa a la sala de sillones acompañado de sus familiares.

B: Anestesia local: Ya intervenido, si el paciente no precisa recuperación, pasa a la sala de sillones donde, si mantiene constantes, diuresis, tolera líquidos, deambula, no tiene dolor o este es escaso y no existe ninguna complicación en la herida operatoria, se retira la vía y es dado de alta a los 15-20 minutos.

5. Protocolo de alta

Todos los pacientes son dados de alta a criterio del anestesista, cirujano y DUE, cuando existe:

- Estabilidad hemodinámica y normalidad de constantes vitales.
 - Orientación temporoespacial.
 - Ausencia de dolor importante.
 - Tolerancia de líquidos y ausencia de náuseas o vómitos.
 - Micción espontánea.
 - Deambulación fácil.
 - Herida en perfectas condiciones.
 - Cuenta con un adulto responsable con vehículo que le traslade a su domicilio y permanezca acompañándolo durante 24-48 horas.
- Se le entrega un informe de alta donde consta:
- Nombre del paciente
 - Domicilio
 - Teléfono
 - Número de historia clínica
 - Número de SS (Seguridad Social)
 - Fecha de ingreso
 - Diagnóstico
 - Procedimiento quirúrgico
 - Recomendaciones al alta: medicación, revisión, etc.
 - Número de teléfono de la UCMA 24 h.

En una bolsa debidamente detallada se les suministra la medicación (analgésicos, antiinflamatorios, antibióticos, etc) prescrita para 48 horas.

6. Seguimiento del paciente

La tarde-noche de la intervención realizamos un control mediante llamada telefónica al domicilio del paciente con el fin de conocer su estado. Al día siguiente se repite la llamada para seguir su evolución y controlar las posibles complicaciones, dudas o proporcionar la información que precisen los pacientes para seguir con sus autocuidados. Esta llamada es realizada por un miembro del equipo de la unidad, rellenando un protocolo ya establecido. Como hemos dicho, todos nuestros pacientes tienen información escrita del número de teléfono de contacto, para posibles dudas o emergencias, así como un folleto explicativo de los cuidados y molestias "normales" postoperatorias.

Es en el seguimiento de los pacientes intervenidos en régimen de CMA donde los Centros de Asistencia Primaria-Centros de Salud deben cobrar una relevancia especial. La protocolización del seguimiento, realizado de forma conjunta por los especialistas de la UCMA y los de Asistencia Primaria, conllevará, con toda seguridad, un incremento de coordinación entre estos dos eslabones asistenciales, así como una actuación más sistematizada y unificada, sobre todo ante las posibles complicaciones postoperatorias.

En un futuro próximo esta interrelación deberá ir aumentando, no solo por el volumen de pacientes a tratar mediante esta sistemática -mas del 60% de las entidades nosológicas de las diversas especialidades quirúrgicas- y la necesidad del seguimiento postoperatorio, sino también por la necesaria colaboración en la selección de pacientes y la formación continuada bidireccional UCMA-Centro de Salud, que debe establecerse mediante sesiones clínicas conjuntas, talleres de trabajo, cursos de cirugía mayor

y menor ambulatoria, rotatorios, etc. y cuyo objetivo final consiste, fundamentalmente, en realizar una asistencia adecuada del paciente quirúrgico ambulatorio.

Todos los pacientes, sin excepción, afectados de un proceso herniario de la pared abdominal son citados en la policlínica de la UCMA a los 7-8 días de la intervención para revisión de herida y retirada de puntos. Las revisiones siguientes se llevan a cabo al mes, tres meses, un año y tres años. Las siguientes revisiones se hacen mediante llamada telefónica.

7. Recursos humanos

Uno de los aspectos más importantes de una U.C.M.A. es el del personal, debiendo ser profesionales interesados en esta modalidad quirúrgica.

En cuanto a facultativos se refiere nuestra unidad cuenta con un jefe de unidad, dos cirujanos generales y dos anesestesiólogos, estando el grupo de enfermería compuesta por una supervisora, seis DUE, tres auxiliares de enfermería, una administrativa y un celador. El resto de facultativos que desarrollan su labor en la UCMA están adscritos a sus servicios correspondientes y dependen funcionalmente de la unidad el día que tienen asignados quirófanos.

8. Jornada laboral

Nuestra UCMA desarrolla su actividad laboral de lunes a viernes permaneciendo cerrada sábados, domingos y festivos, así como el mes de agosto en el que todo el personal disfruta sus vacaciones reglamentarias.

El personal inicia la jornada a las ocho horas y la finaliza a las quince horas, excepto un/a DUE y un auxiliar de enfermería que acuden a las once horas y finalizan a las diecinueve horas, horario estimado en que todos los pacientes intervenidos han sido dados de alta.

En cuanto al personal médico, un cirujano y un anesestesiólogo prolongan la jornada hasta las diecinueve horas con el fin de mantener los cui-

datos de los pacientes intervenidos a última hora, dar las altas correspondientes, pasar las policlínicas de preanestesia y cirugía y atender las posibles emergencias hasta la hora señalada. Uno de estos facultativos quedará con el teléfono móvil de la unidad para realizar las llamadas a los pacientes intervenidos y coordinar la asistencia de las posibles complicaciones.

Resultados

En los 23 meses de funcionamiento de nuestra UCMA han sido intervenidos unos 4.900 pacientes, de las diversas especialidades referidas, con un índice de ingresos no deseados del 0, 82%, de reingresos del 0, 36% y de cancelaciones quirúrgicas del 3, 47 %, en su mayoría por causas ajenas a la Unidad. Nuestra morbilidad es inferior al 10% y nuestra mortalidad, por causas relacionadas con el acto quirúrgico, nula. El porcentaje de recidivas tras el tratamiento quirúrgico de la patología herniaria inguinocrural está por debajo del 2%, con seguimientos todavía inferiores a los dos años.

Conclusiones

Para el paciente, el tratamiento quirúrgico ambulatorio de su proceso herniario inguino-crural, representa, fundamentalmente, una disminución del "impacto emocional" de la operación, así como un decremento de la incapacidad al estimularle para que mantenga su entorno de vida habitual.

Desde un punto de vista técnico-científico, parece producirse una disminución de la infección nosocomial, al permanecer el paciente menos tiempo en el centro hospitalario, una reducción de la enfermedad tromboembólica postoperatoria, por la deambulación y desarrollo de actividad precoz que conlleva,

y un acto asistencial más personalizado al ser el mismo cirujano que lo incluye en el programa, quien le opera, le da el alta, le hace el seguimiento y las revisiones posteriores.

Por todo ello y a pesar de que, como dice Gil de Bernabé, iniciar cualquier tipo de actividad novedosa dentro de la rutina de funcionamiento de los grandes hospitales siempre ha sido laborioso y supone un sobresfuerzo, por parte de todas las personas que van a intervenir, éste merece la pena por sus resultados, estando su éxito garantizado por varias razones:

- La seguridad de los pacientes no está en dependencia de que estén o no ingresados, relacionándose más con una adecuada y cuidadosa práctica quirúrgica y anestésica.

- Más del 90% de los pacientes prefieren no permanecer ingresados en el hospital para ser intervenidos quirúrgicamente, siempre que se les ofrezca cualquier otra modalidad o proceder adecuado.

- No existen argumentos para esperar más complicaciones en los pacientes ambulatorios o de corta estancia que en los hospitalizados de forma clásica.

El criterio fundamental que debe definir a esta cirugía no es la necesidad de ingresar o no al paciente ni el tipo de anestesia empleado, sino la filosofía tendente a practicar las intervenciones quirúrgicas clásicas con los máximos cuidados, reduciendo al mínimo la agresión quirúrgica e incorporando la nueva tecnología médico-quirúrgica. La seguridad del enfermo no radica en la hospitalización, sino en la actitud ligada a la calidad asistencial.

Por ello, además de los aspectos técnicos y científicos, es imprescindible adoptar un talante "especial" con el enfermo y transmitirle una información personalizada, adecuada a su nivel cultural, clara y extensa enfocada, fundamentalmente, a reforzar la confianza, estimular la deteriorada, por diversos y múltiples motivos, relación personal sanitario-enfermo y reencontrar la necesaria humanidad inherente al acto médico o quirúrgico.

Capítulo 32

Coste y beneficio del proceso herniario

Dalila Patrizia Greco

Introducción

Todos los sistemas sanitarios, sean aquellos que enfocan su filosofía en el “non-profit” (que tienden a confiar la mayor parte de la actividad al servicio público), sea aquellos que se basan en la iniciativa privada, viven un momento de malestar y de profunda transformación que deberá afrontarse y superarse con instrumentos de análisis idóneos. Este estado de malestar y cambio es típico de todos los países industrializados, prescindiendo de los sistemas organizativos, de las tipologías de financiación (remuneración diaria) y de los niveles de gasto programados en el ámbito central con relación al PIB nacional, y se acompañan de una profunda crisis de la credibilidad sea del sistema sanitario, en cuanto tal, sea de la profesión médica.

Las motivaciones sociales y culturales que han puesto en crisis el sistema sanitario son múltiples, y pensamos que algunas pueden tener mayor influencia sobre el fenómeno, como:

- la pluralidad de los puntos de vista en el campo de la asistencia sanitaria:
 - junto a la opinión de los cirujanos
 - comparece la del ciudadano-usuario, en

su calidad de usuario, y del administrador en su calidad de responsable de la gestión, organización y utilización de recursos.

- la introducción de un nuevo concepto de calidad y la aprobación de los tratamientos, donde se conjugan la utilización de los recursos, la dimensión y la calidad del bien salud.

- La conciencia de que la introducción de un concepto de calidad del tratamiento no puede estar separado de la actividad de programas destinados a un reajuste organizativo de los sistemas, sea en el ámbito de los recursos, o en el ámbito de estructuras.

Estas consideraciones, unidas a las aportaciones tecnológicas y a los nuevos modelos de organización, han puesto en crisis un modelo clásico de la medicina.

Si la organización sanitaria, en sí misma, ha llegado a ser más compleja y articulada, también la gestión de una empresa y/o hospital resulta más dificultosa y necesita de nuevos profesionales y nuevos enfoques.

Basándonos en algunos ejemplos, pensamos en cómo el aumento y la rápida evolución de las tecnologías está influyendo y estresando el poder de decisión del ejecutivo, sea éste médico o gestor, en decidir el

momento obsoleto de las tecnologías. De hecho, la vida tecnológica de una máquina o de prestigio quirúrgico, así como la vida “histórica” de una técnica quirúrgica es, en general, tan breve que no llega a ser, a veces, ni siquiera una norma científica basada en criterios incontestables e inopinables, como los mencionados por la EBM (Evidence Based Medicine).

Entonces, el ejecutivo, en el momento de la elección de la tecnología, o el cirujano en la elección de la variación de la técnica quirúrgica no son, a veces, en ningún momento, capaces de valorar el impacto de la propia decisión sobre el resultado del desarrollo sanitario.

El sistema de los indicadores

Los escenarios sanitarios futuros deberán ser enfocados en una mayor equidad. El fundamento base de la programación será, entonces, la posesión de datos que permitan la descripción de los escenarios con los cuales se puede colaborar. Los datos obtenidos a través de instrumentos de información, denominados *indicadores* son, en un momento posterior, elaborados con oportunas metodologías de análisis estadísticos que consienten

una síntesis que llega a ser el punto de partida para una programación coherente con las expectativas y los recursos disponibles.

Puede haber múltiples maneras para definir un indicador. Para Zanetti, el indicador es una medida de elementos cuantitativos derivados de una cuantificación. Para Lo Martire, un indicador es una relación entre dos números cuyo valor permite revelar aspectos significativos de una determinada realidad de gestión. (Tabla 1).

Compartimos la opinión de que la relación entre dos magnitudes concede mayores informaciones que las obtenidas considerando las dos magnitudes de manera individual.

Para contestar a la función de medición, un indicador ha de poseer algunas cualidades, como esmero y plenitud, reproducibilidad, validez, simplicidad en el relieve y cálculo, rapidez, exactitud y fidelidad.

Los parámetros de las selecciones sanitarias deben ser escogidos según la eficacia, la calidad de las curas o de los procesos sanitarios en discusión.

Entendemos la eficacia como la capacidad de conseguir el objetivo prefijado, y la eficiencia como la capacidad de conseguir dicho objetivo con la mejor disponibilidad de recursos. Como dice Cochrane, “si no hay demostración de eficacia, es absolutamente inútil plantearse el problema de la eficacia”.

Tabla 1. Características de los indicadores

Pertinencia	capacidad para medir realmente el fenómeno en examen
Especificidad	capacidad para medir solamente el fenómeno en examen
Esencialidad	capacidad de captar los rasgos esenciales de un fenómeno en examen
Capacidad Discriminatoria	capacidad de desacreditar, separar los fenómenos distintos
Sensibilidad	capacidad de poner en evidencia diferencias en la intensidad de un fenómeno

Entonces los dos conceptos son independientes y consecutivos.

La calidad, sin embargo, puede ser definida o sobre la base de indicadores preconstituidos, o sobre la base de los contenidos.

Si queremos, sin embargo, entrar en los méritos de los contenidos, podemos definir la calidad con los términos de A. Donabedian: “Es de calidad adecuada aquella asistencia sanitaria capaz de conseguir el mejor equilibrio entre los beneficios producidos y riesgos emprendidos, expresado en términos de salud con plena satisfacción de quien la recibe y según modalidades coherentes sea con los principios morales de la sociedad de la cual es expresión, sea con todo lo que pueda ser disponible por el progreso económico”.

Entonces, junto a la eficacia, se unen los atributos de la calidad, de lo apropiado de las intervenciones sanitarias, su aceptación, la satisfacción que por ellos se produce, y su accesibilidad. Algunos de estos atributos son específicos de la estructura, otros, de los procesos, otros, de los éxitos resultantes.

Tareas e instrumentos del médico dirigente

El futuro prevé que el médico como profesional clínico autónomo, extienda sus propias competencias en el área gerencial (médico-dirigente), reuniendo en una única figura, experiencia clínica, responsabilidad en el gasto, competencias de programación y gestión del presupuesto. Llega a ser, entonces, fundamental comprender los instrumentos de análisis útiles para gestionar el problema de la relación coste-calidad de las prestaciones distribuidas.

Las evaluaciones que el médico-dirigente efectuará en el curso de la propia actividad deben conducir a partir de los análisis tanto del nivel de calidad como del nivel económico, conjugando ambos aspectos.

La demanda del tipo de calidad que en general se debe responder es la siguiente: ¿merece la pena realizar una determinada intervención, servicio, programa sanitario?

Para responder a tal pregunta se deben utilizar instrumentos que nos permitan evaluar: (Tabla 1).

1. La eficacia de la intervención, servicio, programa.

2. La eficacia absoluta (efficacy). ¿La intervención, servicio, programa puede funcionar en condiciones ideales? ¿hay probabilidad de obtener el efecto deseado?

3. La eficacia relativa (effectiveness). ¿La intervención, servicio, programa funciona efectivamente en condiciones reales?

4. La disponibilidad (availability). ¿La intervención, servicio, programa es realmente disponible para todos aquellos que lo necesitan?

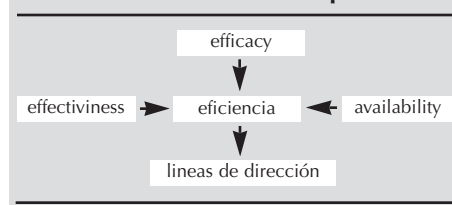
La evaluación económica puede ser conducida a través de múltiples modelos, teniendo como objetivo el análisis comparativo de acciones alternativas.

Las técnicas de mayor uso son:

- Análisis de minimización de los costes.
- Análisis coste - eficacia.
- Análisis coste - utilidad.
- Análisis coste - beneficios.

Todos estos modelos de análisis se remiten en realidad a algunos conceptos básicos sobre la equidad distributiva de los recursos que han

Tabla 2. Esquema de una secuencia de análisis de eficiencia de una prestación



sido descritos por Pareto en sus axiomas.

Todos estos modelos de análisis se remiten, en realidad, a algunos conceptos básicos sobre la equidad distributiva de los recursos que ha descrito Pareto en sus axiomas:

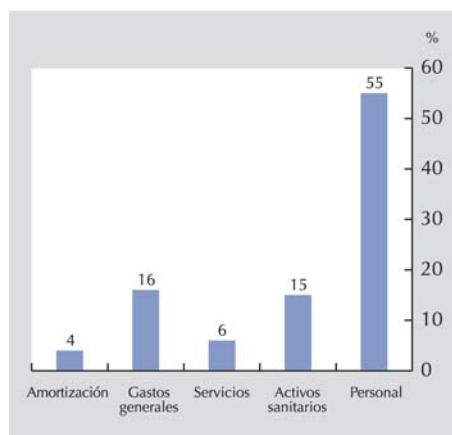
- La eficiencia global óptima se consigue solo cuando el proceso de organización global no permite una sobreposición de recursos a favor o beneficio de una persona sin aportar daños a otra.

- El individuo es el mejor juez de su propio interés; la disponibilidad individual para soportar un determinado gasto para la obtención de un determinado servicio (*willingness to pay*) es el criterio principal para la distribución de los recursos.

- Los problemas de equidad y justicia distributiva no interfieren con los problemas de eficiencia, dado que los primeros son de pertinencia de la programación central, mientras que los segundos afectan a la esfera económica-administrativa.

Todas estas evaluaciones se revelan de extrema utilidad para el análisis de tipo centralizado, fase de la programación que deben proveer líneas de direcciones a las áreas periféricas (unidades operativas de equipo) para facilitar elecciones y comportamientos.

Reparto porcentual de los diferentes gastos, comparativa entre el régimen ordinario y el régimen breve.



Los modelos gestionables: recorridos de la estancia hospitalaria

El análisis coste-eficacia debe ser desglosado partiendo de:

- la confrontación entre las diferentes tecnologías.
- la confrontación entre los regímenes de estancia.
- la integración de las relaciones con la tecnología

Régimen de estancia

La sanidad hospitalaria en particular está pasando un momento de grandes cambios, cuyo motor principal es la atención a los costes. Los regímenes de estancia y los modelos de organización, en particular en cirugía, serán los instrumentos básicos para afrontar de modo cualitativo esta transformación. La introducción de nuevas tecnologías (videolaparoscópica protésica), la introducción en el campo de la anestesia de nuevos fármacos que consienten el aumento de las indicaciones en los tratamientos en régimen de anestias locales, locorregional y de sedación, permite el desplazamiento de una cuota aun más amplia de la patología de los regímenes tradicionales a los regímenes de cirugía de día, o de un día, o breves:

- *Day surgery,*
- *One-day surgery,*
- *Week - surgery.*

El incremento de los costes tecnológicos puede ser equilibrado y amortiguado por el derrumbamiento de los costes gestionables de las estructuras de estancia.

Nace la necesidad de introducir una medicina no basada en la experiencia del individuo, sino en la evidencia científica actual

EBM (Evidence Based Medicine), que permita la confrontación entre las experiencias de los individuos y las tendencias científicas en la fase de las selecciones.

La optimización del uso de los recursos es el blanco de actividades dirigidas a mejorar la eficacia y calidad de la intervención sanitaria mediante la utilización de las buenas prácticas clínicas y de actividades dirigidas a mejorar el nivel de eficacia de la organización mediante la utilización de buenas prácticas gestionables.

La *day surgery* y otros regímenes breves se insertan en el campo de las buenas prácticas de gestión, permitiendo inversiones tecnológicas y elecciones a nivel de presidios quirúrgicos y diagnósticos modernos, a pesar de que a veces resulten costosos.

Conclusiones

El futuro tiene como objetivos: equidad en la redistribución de los recursos y máxima relación de eficacia/eficiencia. ¿Qué indicadores faltan actualmente para calcular esta relación? Esencialmente faltan indicadores de dos categorías:

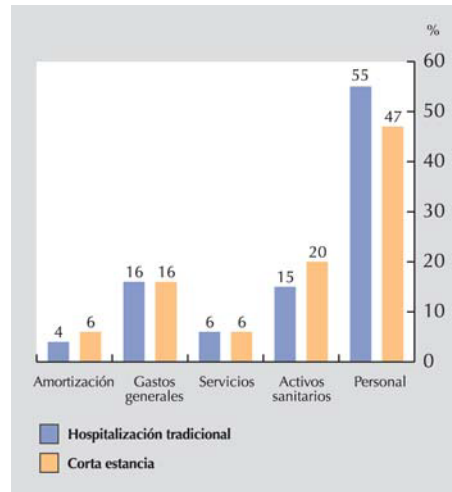
- Indicadores de calidad percibida.
- Indicadores de *outcomes* globales.

Por indicador de *outcomes* global entendemos un indicador que sepa realmente medir el *impact factor* (factor de impacto) en el paciente y en la actividad de relación del paciente con la sociedad (actividad laboral-pública de relación) del procedimiento quirúrgico ejecutado.

Para volver al ejemplo hernioplástico como resultado final tendremos:

1. Procedimientos dependientes

- reincidentes.
- neuralgias.
- áreas de anestias residuales cutáneas.



Reparto porcentual de los diferentes gastos en régimen ordinario.

- problemas relacionados con la actividad sexual.
 - esterilidad.
2. Procedimientos y regímenes dependientes.
 - Incidencias de complicaciones generales:
 - infecciones de herida
 - infecciones de orina
 - infecciones de pulmón
 - complicaciones generales:
 - tromboembolismos
 - mortalidad
 3. Duración del periodo de reanudación de la actividad.
 - física
 - social
 - laboral
 - deportiva
 - sexual
 4. Porcentaje de reanudación de las actividades a las cuales nos referimos en el punto 6.
 5. Consumo de fármacos en el periodo post-operatorio.
 6. Número de extras en la estructura.
 7. Complicaciones del paciente en el procedimiento (valorado a través de un cuestionario de opinión).

La confrontación entre metodologías diferentes y regímenes de estancia diferentes llegan a ser válidos, solo si se confrontan todos estos indicadores, dirigidos a evaluar la afabilidad tecnológica del procedimiento quirúrgico y anestesiológico adoptado; las ventajas ofrecidas en el régimen de estancia elegido, además de evaluar si realmente el procedimiento escogido ha permitido mayores ventajas en lo referente a una mayor

reinserción en la actividad laboral o social del paciente-usuario, relacionando siempre los resultados obtenidos con el grado de agradecimiento; la *compliance* del paciente al procedimiento: un método de análisis que, junto al input de carácter económico, quiera tener siempre en consideración al paciente como elemento central de las elecciones del programa.

Capítulo 33

La cirugía de la hernia en la formación del residente

Ramón Trullenque Peris

Ramón Trullenque Juan

A menudo se escucha entre los cirujanos que “cuando haya que juzgar la experiencia técnica de un cirujano, basta con verle operar una herniorrafia”, frase que adquiere casi la categoría de axioma. Sin embargo, no puede aducirse que la mayoría de cirujanos no realizan suficiente número de herniorrafias para alcanzar esta experiencia técnica, y se considera una cirugía fácil, relegándola a cirujanos jóvenes y residentes de primeros años. No obstante, cuando se analizan series con un seguimiento correcto y suficiente, queda uno sorprendido al comprobar una tasa de recidivas que alcanza en algunos casos el 10%. Esta situación paradójica nos hace plantearnos una serie de interrogantes respecto a la formación del cirujano:

¿Por qué se considera una buena prueba de la experiencia técnica?

1. El grado de dificultad es muy variable, puesto que podemos encontrar pequeñas hernias en pacientes jóvenes y delgados, en las que la reparación resulta muy fácil, junto a grandes hernias inguinoescrotales, desliza-

das, en pacientes obesos, que ponen a prueba la pericia del cirujano.

2. En algunos casos hay que cambiar una técnica preconcebida, porque se trata de una hernia en pantalón (directa e indirecta), porque se descubre una hernia crural o porque la calidad de los tejidos es peor de lo esperado.

3. Cirugía bien hecha. Una técnica quirúrgica cuidadosa, respetuosa con los tejidos, con una correcta hemostasia, sin escaras por la electrocoagulación, respetando los nervios, sin tensión, empleando material de sutura adecuado, constituye la mejor garantía para evitar complicaciones durante el postoperatorio inmediato y recidivas o molestias a largo plazo.

4. Valor de la herniorrafia para la formación del cirujano general. Los hechos anteriores no se dan exclusivamente en las herniorrafias, sino que son propios de casi todas las intervenciones quirúrgicas; y el valor de la herniorrafia radica en que se trata de una intervención de baja complejidad, pero que presenta todas estas características, lo que la convierte en una técnica cuyo aprendizaje resulta crucial para el cirujano en formación.

¿Cuáles son las dificultades intrínsecas de la herniorrafia?

1. Conocimiento de la anatomía de la región inguinal. Esta es enigmática y confusa: entre las diversas estructuras que intervienen en la reparación herniaria están el tracto iliopúbico, la aponeurosis del transverso del abdomen, la fascia transversalis y el canal inguinal. Hoy en día persiste aún, entre cirujanos y anatómicos, una falta de acuerdo respecto a la existencia, estructura y función de estas entidades anatómicas. Además, la disposición tridimensional de la anatomía de esta región hace que resulte difícil su representación gráfica y consecuentemente su comprensión por el cirujano en formación.

Condon publica un capítulo precioso titulado “Método para demostrar la anatomía quirúrgica de la ingle en la sala de autopsia”, que debería ser de obligada lectura para todo cirujano en formación, donde termina diciendo: “Nunca resultará excesivo enfatizar que las disecciones repetidas y las demostraciones de la anatomía quirúrgica de la ingle representan la forma más segura para comprender con exactitud la anatomía de las estructuras de esta zona”.

2. Conocimiento de la fisiopatología. Los factores que intervienen en la producción de una hernia pueden ser muy variados e influir en distinta medida según los casos: anomalías congénitas, defectos anatómicos, desnutrición, ejercicio físico, aumentos de presión intraabdominal, factores yatrógenos, etc. En cada paciente, el cirujano en formación deberá aprender a evaluar las posibles causas y a seleccionar el tratamiento más adecuado.

3. Posibles errores en el diagnóstico de las hernias. Cualquier estructura que esté dentro o alrededor del conducto inguinal puede dar lugar a signos o síntomas que pueden simular los de una hernia inguinal. La mayoría de estos problemas pueden ser identificados por un clínico con experiencia, pero en oca-

siones solo se interpretan correctamente durante el acto quirúrgico.

4. Los resultados, en cuanto a recidivas, solo se pueden evaluar tras un correcto y prolongado seguimiento. Los pacientes deben ser revisados a partir del alta hospitalaria 2 a 4 semanas después, a los 6 meses y a los dos años o más de la operación. Al principio, casi todos están bien, pero cuanto más prolongado es el seguimiento más deficientes son los resultados.

El cirujano en formación no debe limitarse a aprender la técnica quirúrgica, sino que deberá tener presentes todos los factores enunciados, dado que van a influir tanto o más que la propia técnica quirúrgica en los resultados.

¿Se han producido variaciones técnicas importantes en los últimos años?

Hasta hace unos pocos años, los recursos técnicos con que contaba el cirujano eran escasos, generalmente una técnica de Bassini con o sin la modificación de Mc Vay, por lo que el cirujano en formación se limitaba a aprender estas técnicas. Sin embargo, durante los últimos años se han producido gran número de innovaciones con distinta base y finalidad que el cirujano debe conocer:

1. de base fisiopatológica. Fundamentalmente, la gran innovación ha venido del concepto de herniorrafia sin tensión, objetivo que se pretende alcanzar a través de tres grupos de técnicas:

- técnicas de refuerzo de planos, mediante la imbricación de varias capas de fascia en un intento de reforzar la reparación quirúrgica (tipo Shouldice).

- empleo de prótesis con la intención de reforzar las suturas o de reemplazar capas de fascia ausentes o de baja calidad.

- abordaje preperitoneal que permite una reparación desde la parte interna de la pared

abdominal, con las consiguientes ventajas para el tratamiento del contenido herniario y mejor refuerzo.

2. De la forma de abordaje. Como consecuencia de la gran revolución de la cirugía laparoscópica hoy hemos de plantearnos:

- Cirugía abierta, a través de la cual se puede hacer cualquiera de las técnicas anteriores.

- Cirugía laparoscópica, defendida por unos y rechazada por otros que no deja de constituir una opción a tener en consideración.

3. De la planificación quirúrgica. La gran frecuencia de las hernias hace que su reparación constituya un importante porcentaje del gasto sanitario (en EEUU, un 3% del Producto Interior Bruto), por lo que se han buscado fórmulas para reducir el costo, sin que se afecten los resultados, basadas en:

- anestesia local, posible en la mayoría de los casos,

- sin ingreso en unidades especializadas (UCSI) que, como aplican unos criterios de exclusión, dejan un pequeño porcentaje de pacientes, si bien son los más complejos y de riesgos mayores.

Todo ello ha cambiado el panorama de la formación del cirujano en esta patología, pues ahora es más complejo y obliga a dominar una serie de técnicas y a tener un criterio que le permita sentar una indicación correcta y elegir la técnica más idónea.

¿La experiencia técnica de los residentes es suficiente?

Clásicamente la herniorrafia formaba parte de las intervenciones que más practicaba el cirujano en formación; sin embargo, hoy parece que ya no es así:

- Resultados de la encuesta de actividad de los residentes. En una encuesta realizada

por nosotros entre los residentes de 25 hospitales con programa de formación se comprueba que el residente de cirugía opera fundamentalmente en urgencias; por tanto, en caso de tener que operar hernias, se trata de hernias estranguladas o encarceradas.

- La introducción de la cirugía laparoscópica ha hecho que, en determinados centros, la patología herniaria sea reclamada por los cirujanos de plantilla, que precisan adquirir experiencia.

- La proliferación de las UCSI y UCMA, con su programa de cirugía sin ingreso, obliga a practicar una cirugía segura y rápida, evitando las complicaciones postoperatorias y, en consecuencia, la participación de cirujanos en formación.

- Las distintas medidas administrativas adoptadas para reducir las listas de espera han pasado por la concertación cerrada de prestaciones, entre las cuales la más frecuente ha sido la herniorrafia, intervención que casi ha desaparecido de los partes operatorios de los hospitales con programa de formación, y las pocas que se operan son o bien hernias complejas o bien pacientes con riesgo elevado.

En consecuencia, el residente ha visto muy reducidas sus posibilidades de adquirir experiencia en una técnica que hasta ahora era la que practicaba con mayor frecuencia y que aún se considera básica para su formación.

¿Qué se puede hacer para mejorarla?

Evidentemente la solución pasa por adaptar la formación del residente a esta nueva situación: ha de haber unidades dedicadas a la cirugía sin ingreso, en las que la herniorrafia será una de las intervenciones más frecuentes, así como han de existir centros cada vez más especializados, en los que no se operen hernias. Tanto unos como otros son ne-

cesarios para la formación del residente de cirugía y deben aprovecharse, pero ambos son insuficientes para facilitar al cirujano la formación integral que precisa.

La solución podría venir con la implantación de programas de formación con un director de programa, que sería un cirujano que hubiese demostrado su interés por la docencia, y que se ocuparía de organizar las rotaciones necesarias por distintos centros y unidades, para que el residente recibiera la formación mas completa posible.

Por otra parte, la formación del cirujano depende del interés de los médicos responsables de la misma, puesto que lo importante no es solo la cantidad de intervenciones que realiza un residente, sino la intencionalidad docente de quien le enseña; el interés de los tutores en que obtenga la mejor formación posible y, en definitiva, el que cumplan su compromiso de formar cirujanos competentes.

Por último, la actitud del cirujano en formación no puede ser pasiva, esperando que le transfieran unos conocimientos y unas habilidades, sino que el residente debe tener una actitud activa interesándose por obtener el máximo provecho de todas las eventualidades, tanto adquiriendo hábitos de estudio que le permitirán en el futuro la formación continuada y la búsqueda de la evidencia, como viendo y explorando enfermos para adquirir un criterio clínico, así como ayudando y operando enfermos para adquirir habilidades. Como diría el profesor Cano Ivorra: "cuanto más te entregas a los enfermos más recibes de ellos".

¿Debe considerarse un área de capacitación específica?

No creo que la cirugía de la hernia justifique la formación de un área de capacitación específica. Tal vez, sí estaría justificada

un área de capacitación específica para trabajar en unidades sin ingreso, en las que hace falta no solo dominar determinadas técnicas quirúrgicas (entre las que los distintos tipos de herniorrafia constituyen la parte más importante), sino saber aplicar unos criterios de inclusión adecuados al ambiente en que se trabaja; saber organizar un circuito que combine la seguridad y calidad con la eficiencia, y, en definitiva, ser capaz de contagiar a todos los miembros del equipo del entusiasmo por una forma de trabajo que no se puede considerar menor, puesto que toda actividad que tiene por meta el beneficio de los pacientes tiene el suficiente atractivo para colmar las aspiraciones de un cirujano.

Otro aspecto distinto es el papel que la cirugía de la hernia debe seguir jugando en la formación del cirujano. La formación troncal en cirugía es imprescindible para cualquier especialista quirúrgico:

- Algunas especialidades, porque tienen que tratar afecciones que están relacionadas con esta región anatómica, e incluso con la propia afección, tales como ginecólogos, urólogos, cirujanos digestivos, etc.

- Otras, porque antes de aprender las técnicas específicas de su especialidad (cirujanos torácicos, cardiacos, vasculares, otorrinos, etc.), tienen que adquirir un hábito quirúrgico, y la cirugía de la hernia reúne como ninguna otra las condiciones idóneas para este aprendizaje.

- El cirujano general, que no quiere especializarse en un área de capacitación específica, y que quiere practicar la cirugía general, precisa una sólida y amplia formación para la que la cirugía de la hernia constituye una pieza fundamental.

Capítulo 34

El consentimiento informado de la Asociación Española de Cirujanos

Documento de Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de la Hernia

Nº Historia:

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Declaro:

Que el/la Doctor/a D./Dña.: _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico **para el tratamiento quirúrgico de la hernia.**

1. Mediante este procedimiento se pretende reparar el defecto de la pared abdominal evitando el aumento de la hernia, las molestias que ella le produce y la estrangulación de la misma que obligaría a una cirugía urgente. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2. 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, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

3. Se me va a reparar la hernia que es un defecto de la pared abdominal, por donde en algunos casos se desliza alguna víscera u órgano. La operación consiste en recolocar el contenido de la hernia y reparar el defecto. El médico me ha advertido que, a veces, para una reparación segura hay que colocar un material protésico. También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

4. Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Flebitis. Retención aguda de orina. Hematoma. Dolor prolongado en la zona de la operación, o poco frecuentes y graves: Dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa. Rechazo de la malla. En hernias inguinales: inflamación y atrofia testicular. Reproducción de la hernia. Lesión vascular. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

5. El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como (aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa). También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como

6. El médico me ha explicado que en mi caso no existe ningún otro método para realizar el tratamiento quirúrgico de la hernia, aunque sería posible usar un braguero o faja de por vida, pero no es seguro que con ello se eviten las complicaciones. 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. Y en tales condiciones

Consiento

que se me realice un tratamiento quirúrgico **para el tratamiento quirúrgico de la hernia**. En,

(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

Revocación

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco

el consentimiento prestado en fecha _____, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la Médico Fdo.: El Paciente Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

Documento de Consentimiento Informado para Abordaje por Vía Laparoscópica

Nº Historia:

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Declaro:

Que el/la Doctor/a D./Dña.: _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a tratamiento mediante **abordaje por vía laparoscópica**.

1. Mediante este procedimiento se pretende evitar una incisión mayor. El dolor postoperatorio es más leve y la recuperación más rápida. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2. 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, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y de hematología.

3. La técnica consiste en el abordaje de los órganos mediante la introducción de trócares creando un espacio tras la introducción de aire. La intervención quirúrgica se realizará con instrumental especial. Esto evita las aperturas habituales, aunque se realizan pequeñas incisiones a través de las cuales se introducen los instrumentos. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. Entiendo que en estos casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a realizar la incisión habitual.

4. Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes: Extensión del gas al tejido subcutáneo y otras zonas. Infección o sangrado de la heridas quirúrgicas. Dolores referidos, habitualmente al hombro. Dolor prolongado en la zona de la operación, o poco frecuentes y graves: Lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trócares. Embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

5. El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como (aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa). También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...), puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como

6. El médico me ha explicado que la alternativa al tratamiento es el abordaje mediante la incisión habitual. En mi caso, la mejor opción es la laparoscopia.

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. Y en tales condiciones.

Consiento

que se me realice tratamiento mediante **abordaje por vía laparoscópica**. En, _____

(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

Revocación

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

D./Dña.: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en _____ y D.N.I. nº _____

en calidad de _____ de _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco

el consentimiento prestado en fecha _____, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____
(Lugar y fecha)

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado
