

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en extirpar los quistes del hígado, o una parte de ellos y cerrar las posibles comunicaciones de los mismos con los conductos biliares. En ocasiones será necesario extirpar otros órganos pegados al quiste (parte del hígado, la vesícula biliar, la vía biliar, el estómago o parte de los intestinos). A veces se tendrá que derivar la vía biliar, al intestino o al exterior, a través de un tubo.

Esta técnica se puede realizar mediante cirugía abierta o laparoscópica asistida o no con robot.

El abordaje por laparoscopia se hace a través de unos pequeños orificios por los que se introduce gas, una cámara y los aparatos de corte y coagulación usados en la operación. Esta vía reduce el dolor, las complicaciones y los días de estancia en el hospital.

La vía laparoscópica asistida por robot permite una mayor precisión, flexibilidad y control. El robot cuenta con una cámara y brazos mecánicos con instrumentos, que son controlados por el cirujano.

Puede que una vez se inicie la cirugía por la vía laparoscópica se tenga que terminar con cirugía abierta (si las condiciones así lo requieren).

Esta intervención se hace con anestesia general.

La finalidad de la cirugía es extirpar el quiste o una parte de él, para evitar su crecimiento y las posibles complicaciones (rotura, infección, etc.).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes que suelen ser leves:

- Infección o sangrado de la herida.
- Trastornos de la digestión.
- Dolor en la zona de la operación.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Fístula biliar.
- Obstrucción intestinal.
- Inflamación del páncreas (pancreatitis) o de los conductos biliares (colangitis).
- Ictericia (coloración amarillenta de la piel y las mucosas por el aumento de la bilirrubina en la sangre).
- Insuficiencia hepática.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos de la cirugía laparoscópica

Frecuentes:

- Enfisema (acúmulo debajo de la piel del gas usado en la técnica).
- Dolor en el hombro.

Menos frecuentes y graves:

- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección de diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) o disestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

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

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otra alternativa a la técnica es:

- Drenaje de los quistes con técnicas radiológicas.

AUTORIZACIÓN PARA “CIRUGÍA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS ”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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

| | |
|----------------------|----------------|
| Fdo. Paciente: | Fdo.: Dr./Dra. |
| DNI/NIE o pasaporte: | Col. Nº: |

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: , no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Fdo. Paciente: