

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN HEPÁTICA MENOR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cirugía consiste en extirpar una parte del hígado enfermo, que será inferior a 3 segmentos hepáticos completos de los 8 que componen el hígado. Según la localización de la enfermedad, habrá que quitar la vesícula biliar, el conducto biliar o ampliar la resección a órganos vecinos afectados (colon, riñón, glándula suprarrenal, etc.). Si se extirpa el conducto biliar principal será necesario reconstruirlo mediante sutura con un segmento de intestino.

Esta técnica se puede realizar mediante cirugía abierta o laparoscopia asistida o no por robot.

La cirugía abierta, se realiza a través de un corte en el abdomen (laparotomía).

El abordaje por laparoscopia se hace a través de unos pequeños orificios por los que se introducen una pequeña cámara y los instrumentos de corte y coagulación, también se introduce gas en la cavidad para expandir el abdomen. Esta técnica conlleva un menor dolor en el postoperatorio, una disminución de las complicaciones relacionadas con la herida, menor tiempo de hospitalización y mejor recuperación de la actividad diaria.

La laparoscopia 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). También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

El procedimiento requiere anestesia general.

La finalidad del procedimiento es extirpar la parte del hígado enfermo, para evitar las complicaciones derivadas del mismo (sangrado, infección biliar o hepática...) que precisarían intervención urgente.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Se le va a extirpar una parte del hígado. Éste tiene la capacidad para volver a un tamaño constante dentro de un corto período de tiempo después de sufrir una lesión, por lo que si el resto del hígado está sano se producirá una regeneración del mismo.

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:

- Infección o sangrado de la herida.
- Derrame pleural.
- Trastornos temporales en las digestiones.
- 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.
- Complicaciones abdominales: absceso intraabdominal, lesiones de las vísceras cercanas (intestino, bazo, hígado, etc.) que pueden dar lugar de forma excepcional a eventos graves como hemorragias importantes, peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal), infección generalizada, parálisis intestinal, obstrucción de los intestinos, lesiones de intestino por bisturí eléctrico. Evisceración y eventración abdominal.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos específicos de la cirugía hepática:

- Estrechez de la vía biliar.
- Fístula biliar, pancreática o digestiva.
- Biloma (acumulación de bilis dentro del abdomen).
- Coleperitoneo (presencia de bilis en la cavidad peritoneal).
- Insuficiencia hepática posoperatoria.
- Pancreatitis (inflamación del páncreas).
- Colangitis (infección de los conductos biliares).
- Ictericia.

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 con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesias (aumento o descenso de la sensibilidad).

En la mayoría de los casos estas complicaciones se resolverán con tratamiento médico y a veces se precisa la realización de otras técnicas invasivas o una nueva intervención.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/>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. Otras alternativas a la técnica son: quimioterapia, microondas, quimioembolización, radiofrecuencia, etc.

AUTORIZACIÓN PARA “RESECCIÓN HEPÁTICA MENOR”

Yo, D./D^a , como representante legal en calidad de “tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, parente/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: