

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA ABIERTA DE LA VÍA BILIAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La cirugía abierta se hace a través de una incisión en el abdomen (laparotomía). Permite explorar el conducto biliar para conocer el nivel y la causa de la obstrucción y al mismo tiempo extirpar la vesícula biliar (si aún no se ha quitado).

Según la causa y la zona de la obstrucción se hace una limpieza, una extirpación o un drenaje de la vía biliar.

En algunos casos se acompañará de una cirugía sobre el hígado, el duodeno o el páncreas.

Estos procedimientos necesitan la colocación de drenajes en la zona de la operación o dentro de la vía biliar.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que hacer modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Esta intervención se hace con anestesia general, de cuyos riesgos será informado/a por el Servicio de Anestesia.

La finalidad de la cirugía es resolver o prevenir la obstrucción o la infección de la vía biliar.

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:

- Retención de orina.
- Sangrado de la herida.
- Trastornos de la digestión, como trastornos del ritmo intestinal.

Los riesgos menos frecuentes y más graves:

- Fístula biliar.
- Sangrado intraabdominal durante la cirugía o tras ella. A veces puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección en el abdomen (peritonitis o abscesos).
- Obstrucción intestinal.
- Estrechez de la vía biliar.
- Infección de los conductos biliares (colangitis).
- Recidiva (reaparición) de la enfermedad.
- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar (desplazamiento de un coágulo por la sangre que llega a los pulmones o a venas profundas). Su gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Seroma crónico.
- Eventración (salida del contenido de intestino por la incisión).
- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas (permanentes o temporales).
- Cicatriz anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestésias (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. Son alternativas a la cirugía abierta:

- La cirugía laparoscópica (asistida o no por robot).
- Extraer los cálculos, colocar una prótesis o dilatar la vía biliar (por vía transhepática o radiológica).

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA ABIERTA DE LA VÍA BILIAR"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/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.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

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: