

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta técnica explora el conducto biliar para saber 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 localización se hace una limpieza, una extirpación o un drenaje de la vía biliar.

En algunos casos puede acompañarse de una cirugía sobre el hígado, el duodeno o el páncreas.

También se suelen colocar drenajes en la zona de la operación o dentro de la vía biliar.

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

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 es posible que durante la cirugía se tenga que modificar el procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Esta intervención se hace con anestesia.

Su finalidad 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.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Fístula biliar.
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección en el abdomen con peritonitis o abscesos.
- Obstrucción intestinal.
- Estrechez de la vía biliar.

- Infección de los conductos biliares (colangitis).
- Recidiva (reaparición) de la enfermedad.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- 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).

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. A veces pueden ser alternativas a la técnica:

- Cirugía abierta (mediante una incisión en el abdomen).
- Extraer los cálculos.
- Colocar una prótesis.
- Dilatar la vía biliar (todas estas opciones se pueden hacer vía endoscópica, transhepática o radiológica).

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA 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.

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: