

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ABIERTA DE LA VÍA BILIAR ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Mediante esta técnica se va a realizar una exploración del conducto biliar para confirmar el nivel y la causa de la obstrucción y extirpación de la vesícula biliar en caso que no se haya realizado con anterioridad. Dependiendo de la causa y la localización se realizará una limpieza, extirpación o drenaje de la vía biliar. En algunos casos se puede asociar una cirugía sobre el hígado, duodeno o páncreas. Si se tiene que extirpar la vía biliar se reconstruirá con la interposición de un segmento de intestino delgado. Estos procedimientos conllevan en algunos casos la realización de anastomosis y la colocación de drenajes.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

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.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario. Toda esta información será tratada con la mayor confidencialidad ajustándose a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

Mediante este procedimiento se pretende resolver o prevenir el cuadro de obstrucción o de infección de la vía biliar. Evitar la progresión de la enfermedad y las complicaciones derivadas de la obstrucción o infección de la vía biliar.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En ocasiones por vía endoscópica o transhepática se puede intentar la extracción de cálculos, la colocación de prótesis o la dilatación de la vía biliar. La recomendación de dichas alternativas queda en manos del cirujano, aunque en su caso la opción quirúrgica es la que se considera indicada.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Generalmente se extirpará la vesícula biliar salvo que se haya realizado previamente. Si se extirpa la vía biliar habrá que realizar anastomosis y colocar drenajes. La intervención tiene por objetivo el control/curación de la enfermedad o el tratamiento de los síntomas que produce.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización de la intervención lleva al progreso de la enfermedad e incluye la posibilidad de requerir una intervención de urgencia, en peores condiciones del paciente y por lo tanto con mayor riesgo quirúrgico.

C. INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ABIERTA DE LA VÍA BILIAR

RIESGOS FRECUENTES

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, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes:

1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
2. Retención aguda de orina. Flebitis.
3. Trastornos temporales de las digestiones. Dolor prolongado en la zona de la operación.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

Riesgos poco frecuentes y graves:

1. Dehiscencia de la laparotomía. (Apertura de la herida).
2. Fístula biliar que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis).
3. Sangrado o infección intraabdominal.
4. Obstrucción intestinal. Estrechez de la vía biliar. Colangitis. (Infección de los conductos biliares).
5. Reproducción de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente puede producirse la muerte.

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

Es necesario, por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Las patologías concurrentes en cada paciente (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones absolutas para esta intervención. Las enfermedades asociadas y la situación clínica del paciente componen el denominado riesgo quirúrgico, que ha de ser evaluado por los facultativos y asumido por el paciente. En cualquier caso, esta intervención podría ser desaconsejable en caso de descompensación de determinadas enfermedades, como diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hipertensión arterial, anemias, etc.

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA