

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ABIERTA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS 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 este procedimiento se pretende extirpar total o parcialmente el quiste del hígado y cerrar las posibles comunicaciones del mismo con los conductos biliares, siendo a veces necesario ampliar la salida del conducto biliar principal. En ocasiones puede ser necesario realizar algún procedimiento sobre la vía biliar (extirpándola o derivándola al intestino o a través de un tubo). Algunas veces, hay que ampliar la extirpación a otros órganos adheridos al quiste (resección de una parte del hígado, vesícula biliar, vía biliar, estómago o partes de intestino delgado o grueso). En casos de quistes muy grandes o de compleja localización se realizará la apertura y limpieza de los mismos sin su extirpación completa.

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.

En caso de tomas de biopsias, 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

El objetivo del procedimiento es la curación de la enfermedad de base o, en su caso, la paliación de sus síntomas y el aumento de la calidad de vida. Con este procedimiento, se pretende evitar el crecimiento de los quistes y la diseminación de los mismos, disminuyendo la posibilidad de complicaciones o síntomas.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

En algunos casos se puede valorar realizar técnicas radiológicas de drenaje de los quistes, pero en su caso pensamos que la mejor alternativa es la cirugía.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La curación de la enfermedad o la paliación de los síntomas y/o signos. Si se extirpa parte del hígado y el resto del hígado está sano se produce una regeneración del mismo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La progresión de la enfermedad con deterioro del paciente, incluso posibilidad de fallecimiento.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos

C. INFORMADO PARA LA CIRUGÍA ABIERTA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS

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.
3. Flebitis.
4. Trastornos temporales de las digestiones.
5. 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). Fístula biliar.
2. Sangrado o infección intraabdominal.
3. Obstrucción intestinal.
4. Inflamación del páncreas. (Pancreatitis).
5. Colangitis. (Infección de los conductos biliares).
6. Ictericia. Reacciones alérgicas.
7. Insuficiencia hepática.

En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), y a veces se precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje), 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 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, tales 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