

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente: ....., nº historia: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: **Sí**  **No**

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante laparoscopia, se me va a extirpar total o parcialmente el quiste del hígado y cerrar las posibles comunicaciones del mismo con los conductos biliares. 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).

La laparoscopia consiste en el abordaje del abdomen mediante la introducción de trócares a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas y operando con instrumental especial. La técnica quirúrgica no difiere de la habitual. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios no sea posible concluir la cirugía por esta vía se procederá a la conversión a cirugía abierta (laparotomía).

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 procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos seré informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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.

## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento se pretende extirpar total o parcialmente el quiste, evitando su crecimiento y complicaciones (rotura, infección,...).

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor. Al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio suele ser más corto y comfortable.....

## ALTERNATIVAS 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, aunque la intervención puede realizarse por cirugía abierta.....

## RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, 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: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales de las digestiones. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación. Por la cirugía laparoscópica puede aparecer extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

Riesgos poco frecuentes y graves: Fístula biliar. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Inflamación del páncreas (pancreatitis). Colangitis (infección de los conductos biliares). Ictericia. Reacciones alérgicas. Insuficiencia hepática. Por la cirugía laparoscópica puede haber lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, embolia gaseosa y neumotórax.

En la mayoría de los casos estas complicaciones se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), 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 PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS:

.....

.....

**CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA**

Si se le extirpa parte del hígado y el resto del hígado está sano se produce una regeneración del mismo.....

**¿DESEA REALIZAR ALGUNA MANIFESTACIÓN EN RELACIÓN CON LA INTERVENCIÓN?:**

**Declaraciones y firmas:**

D./Dª: ..... con DNI: .....

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el médico, del procedimiento **(CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LOS QUISTES HEPÁTICOS)** que se me va a realizar así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto, con sólo comunicarlo al equipo médico.

Firma del médico que informa

Firma del paciente

Dr/a: .....

D./Dª: .....

Colegiado nº .....

Fecha: .....

D./Dª: ....., con DNI: .....

en calidad de ..... a causa de ..... doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: .....

**Revocación del consentimiento:**

D./Dª: ....., con DNI: .....

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / que padece el paciente.

Firma del paciente

Firma del representante

Fecha .....