

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de atresia de vías biliares

Pegatina con los datos
Personales y de identificación del niño a
intervenir

Don/Doña _____, con domicilio en _____, c/. _____ Y con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____, con la historia clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. / Dra..... _____ me ha informado de la necesidad de proceder al tratamiento quirúrgico de la atresia de vías biliares que padece mi hijo/a. La intervención propuesta es conocida con el nombre de portoenterostomía de Kasai.

1. El propósito principal de la intervención es restablecer el flujo biliar y derivarlo hacia el intestino. En la atresia de vías biliares existe una obliteración del árbol biliar extrahepático que impide la salida de la bilis del hígado hacia el intestino, produciendo ictericia y posteriormente, cirrosis.

2. La intervención precisa anestesia general, que será informada por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.

3. Mediante una incisión abdominal (subcostal derecha), la intervención consiste en colocar una porción de asa intestinal en la zona del hígado donde, teóricamente, debería estar el conducto biliar, y que se ha demostrado que contiene pequeños poros que eliminan bilis. Durante el procedimiento se realiza una colangiografía para certificar el diagnóstico, aunque muchas veces es imposible debido a atresia de la propia vesícula biliar, y una biopsia hepática (toma de una pequeña porción del hígado para estudiar el grado de daño hepático) para evaluar el estado del hígado. Puede requerir la transfusión de sangre. Tras la intervención, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos o Reanimación, durante un tiempo variable.

4. No existen alternativas quirúrgicas a la intervención, salvo el trasplante hepático.

5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.

6. Las consecuencias de la intervención son importantes. El pronóstico de la enfermedad sin la intervención es hacia una cirrosis hepática en un espacio de meses. Con la intervención el pronóstico depende del momento en que se realiza (mejor en los 2 primeros meses de vida) y a la severidad de la propia enfermedad. Aproximadamente en un tercio de los niños no funcionará y requerirán trasplante hepático, en otro tercio funcionará parcialmente, desaparecerá la ictericia y requerirán el trasplante años después, y el tercio restante podrá llegar a la edad adulta.

7. Las posibles complicaciones intraoperatorias están relacionadas con el área donde se realiza la operación (hilio hepático), donde fluyen los vasos que aportan la sangre al hígado (vena porta y arteria hepática). A veces existen anomalías anatómicas de los mismos, y por ello siempre existe el riesgo de sangrado intraoperatorio. Otras pueden ser dehiscencias en las anastomosis intestinales (que desencadenan un cuadro de peritonitis, abscesos o infecciones intraabdominales), sangrado postoperatorio, hematomas, o complicaciones propias de la herida quirúrgica (infección, hernias o dehiscencia total, con eventración). Algunas de estas complicaciones pueden requerir tratamiento específico en el momento oportuno, y se asocian con una mortalidad significativa. En el postoperatorio inmediato y tardío la complicación más frecuente es la colangitis, debida a una infección del árbol biliar intrahepático por los gérmenes de la flora intestinal.

8. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

