

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de colecistectomía (litiasis biliar) mediante laparoscopia

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 intervenir la litiasis vesicular que padece mi hijo/a, realizando una extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía) mediante laparoscopia.

1. El propósito principal de la intervención es la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía) para eliminar los dolores cólicos, mejorar la tolerancia de los alimentos, y evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar y del páncreas e ictericia.

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

3. La intervención consiste en acceder a la cavidad abdominal, utilizando la vía laparoscópica, y proceder a la extirpación de la vesícula biliar. El abordaje del lecho hepático es posible gracias a la introducción de trócares, óptica e instrumentos, bajo visión directa, a través de pequeñas incisiones en la pared abdominal, y la creación de un espacio de trabajo en la cavidad abdominal tras la introducción de gas. La técnica quirúrgica subsiguiente no difiere de la realizada mediante cirugía abierta. Luego extraemos el gas y cerramos los orificios con puntos de sutura. En casos en que técnicamente o por hallazgos intraoperatorios, no sea posible concluir la cirugía con esta técnica, se procederá a realizar una incisión de laparotomía, y convertirla en cirugía abierta. Suele ser necesario el sondaje de estómago y vejiga. En algunos casos, se realizará una radiografía intraoperatoria para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares; en caso de estar presentes, se ampliará la cirugía para realizar una limpieza de los mismos, pudiendo ser necesario la derivación o drenaje de la vía biliar o ampliación de la salida del conducto biliar (esfinterotomía de Oddi), habitualmente previa conversión a cirugía abierta.

4. Dadas las características complejas del proceso, basándose en los hallazgos quirúrgicos, o de surgir algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica programada y decidir la opción terapéutica más adecuada.

5. No existe alternativa terapéutica eficaz a la colecistectomía quirúrgica, si bien puede emplearse la cirugía abierta clásica 6. Las consecuencias de esta intervención serán la falta de vesícula biliar en el paciente y unas mínimas cicatrices cutáneas abdominales.

7. Las complicaciones pueden ser: A) Las genéricas de la laparoscopia (extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas, infección o sangrado de las heridas quirúrgicas, dolores referidos, habitualmente al hombro, lesión de vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trócares, embolia gaseosa, neumotórax, trombosis en extremidades inferiores,..), habría que añadir las propias de la patología tratada. B) Derivadas de la intervención: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales en las digestiones, dolor prolongado en la zona de la operación. C) Derivadas de la colecistectomía: hemorragia interna, fístula biliar o intestinal, colangitis (infección de los conductos biliares), estrechez de la vía biliar, infección intraabdominal, coledocolitiasis, ictericia, pancreatitis. D) Derivadas del uso de material de quirófano (bisturí eléctrico, manta eléctrica, etc.), o las posturales. Estas

complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

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.

9. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son:

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

11. La realización del procedimiento podrá ser filmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

12. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de colecistectomía laparoscópica de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello

DOY MI CONSENTIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra

D.N.I.: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma autorizada: VºBº niño

Fecha: , a de de 2.....

Médico informante

Dr./Dra. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

NºCol. / C.N.P.: 0 0 0 0 0 0 0 0

Firma:

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que NO AUTORIZA Médico Informante Testigo (Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra.....

DNI :

Firma:

Fecha: , a de de 2.....

Médico informante

Dr/Dra.....

CNP/NºCol:.....

Firma:

Testigo

Sr.Sra.....

DNI :

Firma:

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fecha 0 0 0 0 0 0 0 0,y no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre : 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . . .

Dr./Dra. 0 ...0 0 0 0

Firma:

Firma:

Fecha: , a de de 2.....