FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

1 DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA (*) RESECCIÓN HEPÁTICA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.
Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

(*) Indicar el nombre del procedimiento/intervención a realizar; si es posible, además del nombre técnico que siempre debe figurar, puede tratar de expresarlo con un nombre más sencillo.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La resección hepática consiste en quitar una parte del hígado en la que asienta un nódulo o tumor. Se pretende con ello eliminar la enfermedad o al menos gran parte del tejido afectado. Ello ayudará a mejorar la efectividad de otros tratamientos. Además así se podrá estudiar el tejido enfermo que se le quite.

CÓMO SE REALIZA:

Para llegar al hígado podemos usar dos vías. Una es hacer directamente una amplia incisión en su abdomen (abordaje abierto mediante laparotomía). Otra es mediante la laparoscopia/robótica.

En la laparoscopia/robótica entramos al interior del abdomen mediante unas pequeñas incisiones. A través de ellas introducimos unos instrumentos quirúrgicos especiales que nos permiten ver y operar en el interior. Además introducimos un gas inerte que hincha el abdomen, lo que nos permite ver el abdomen por dentro. A veces puede suceder que este método no sea suficiente para intervenir el hígado y finalmente haya que abrir todo el abdomen.
Mediante esta cirugía se le va a extirpar una parte del hígado. Si la enfermedad afecta órganos vecinos habrá que tratar éstos según su grado de afectación. Es frecuente que haya que quitar la vesícula biliar y parte de los conductos de la bilis. Mucho más raro es que haya que quitar porciones del estómago, intestino o páncreas. En estos casos es necesario reconstruir la zona para permitir la salida de la bilis y el paso de los alimentos por el intestino. En cada caso se buscará la técnica más adecuada para su caso.
En ocasiones es necesario dejar drenajes que permaneceran en el interior de los conductos durante mucho tiempo y se retiraran de forma ambulatoria.
Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarLe el tratamiento más adecuado.
El procedimiento requiere anestesia general, de cuyos riesgos le informará el anestesiólogo. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma. Para ello se le ofrecerá información adecuada y se solicitará su autorización.

0015300

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Se pretende evitar que la enfermedad progrese y afecte a los órganos cercanos comprimiéndolos o invadiéndolos. Además, al intervenirlo disminuiremos la posibilidad de que se produzca infecciones y de que tenga dolor, vómitos y otros síntomas. Si se extirpa la vesícula puede causar pequeñas molestias digestivas

Si se opera por laparoscopia/robótica habremos evitado una incisión mayor. Las incisiones más pequeñas disminuyen el riesgo de hernias postoperatorias. Además el dolor posterior generalmente es más leve. La recuperación del funcionamiento del intestino también suele ser más rápida. En resumen, la convalecencia suele ser más corta y confortable.

Si fuese necesario ampliar la resección a otros órganos, las consecuencias dependerán del órgano afectado.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Al quitar el tejido enfermo estaremos tratando de eliminar la enfermedad. De esa manera evitaremos que progrese y afecte a otros órganos. El estudio del tejido nos dará más datos sobre su enfermedad y la manera de prevenirla o tratarla de nuevo si hace falta.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

El tratamiento no quirúrgico puede ser útil en ocasiones. Con él se intenta eliminar el tejido enfermo mediante medios físicos (calor, radiaciones frío) o químicos (medicamentos o embolización). La efectividad de estos tratamientos es menor. Otros tratamientos no están indicados.

En su caso:

001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.). Pero algunas veces pueden obligarnos a tener que reintervenirlo, generalmente de urgencia. Es excepcional, pero no imposible, que estos problemas pudieran producirle la muerte.

- LOS MÁS FRECUENTES:

Suelen ser poco graves.
Infección o sangrado de la herida. Inflamación de las venas por donde se ponen los sueros (flebitis). Trastornos temporales de las digestiones. Derrame pleural. Dolor prolongado en la zona de la operación. Salida de bilis o jugos digestivos durante mucho tiempo a través de los drenajes que se dejen
Si se hace laparoscopia el gas que se insufla puede penetrar en el tejido de debajo de la piel u otras zonas. Puede tener dolor en zonas distantes, como el hombro...

- LOS MÁS GRAVES:

Sangrado e infección intraabdominal. Obstrucción intestinal. Infección biliar o hepática. Apertura de la herida operatoria o infección de la misma. Insuficiencia hepática.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

001530

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

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.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS

En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.

001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

☐ SI ☐ NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

☐ SI ☐ NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

☐ SI ☐ NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

☐ SI ☐ NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

NOTA: Márquese con una cruz.

En a de de

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.: Fdo.:

001530

CENTRO SANITARIO HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. , no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En a de de

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.: Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña , de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En a de de

EL/LA PACIENTE EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.: Fdo.:

001530