



FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADO PARA COLECISTECTOMÍA

Este documento sirve para que usted, o quién lo representa, se informe y decida si nos autoriza a realizar esta intervención. Es importante que lea despacio la siguiente información, converse con su médico/a, aclare sus dudas y así pueda decidir.

A) INFORMACIÓN GENERAL:

De acuerdo a las molestias que manifiesta y los hallazgos en la ecografía, usted presenta cálculos (piedras) en la vesícula, lo que implica la recomendación de realizar una cirugía para solucionar el problema y evitar complicaciones. Esta cirugía se denomina **COLECISTECTOMÍA**.

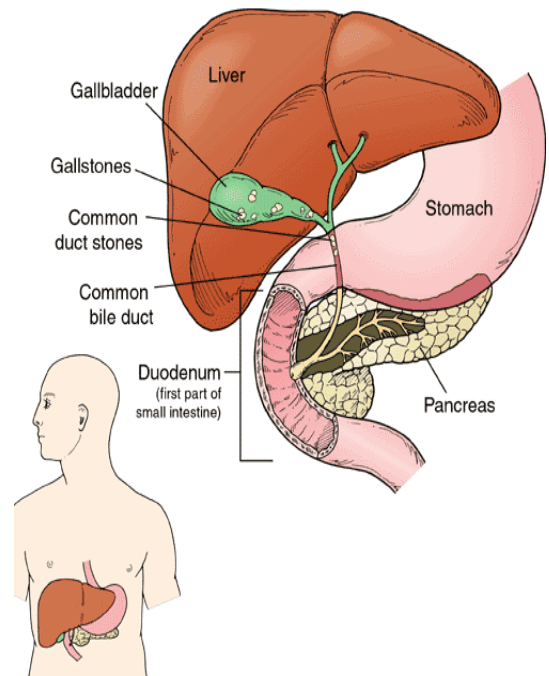
¿EN QUE CONSISTE LA COLECISTECTOMÍA?

La colecistectomía es la extracción de la vesícula biliar cuando está enferma por la presencia de cálculos (piedras) u otros problemas.

¿CÓMO SE REALIZA LA COLECISTECTOMÍA?

La vesícula biliar se extrae, mediante laparoscopia o por la llamada cirugía convencional. Su médico le explicará cual es la más conveniente para su situación de salud y por qué.

El procedimiento requiere anestesia general. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma.



RECUPERACIÓN LUEGO DE LA CIRUGÍA

En general, la recuperación luego de una colecistectomía sin complicaciones es completa y rápida. Solo se necesitan un par de días de hospitalización y 7 a 15 para el retorno al trabajo. En colecistectomías complicadas, se prolongan los tiempos de recuperación y retorno al trabajo, pudiendo precisar hasta 15 días de hospitalización y el retorno al trabajo habitual puede tardar hasta un mes.

¿EN QUÉ ME BENEFICIARÁ?

La extracción de su vesícula enferma le evitará los dolores (cólicos) de la vesícula y mejorará su tolerancia a los alimentos. También evitará complicaciones, que pueden requerir una intervención de urgencia con mayores riesgos, como inflamación de la vesícula biliar y/o del páncreas.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS TENGO?

Existen otras técnicas con las que se puede intentar extraer los cálculos o la dilatación de la vía biliar, pero no son frecuentes.

De no realizarse esta intervención se pueden producir complicaciones tales como: dolor con las comidas que contengan grasas, obstrucción de la vía biliar, inflamación de la vesícula biliar (colecistitis) e inflamación del páncreas (pancreatitis) que pueden requerir una cirugía de urgencia.



¿QUÉ RIESGOS TIENE?

Si bien la mayoría de las veces la intervención no produce daños o efectos secundarios, pueden presentarse efectos indeseables a pesar del uso de una adecuada técnica quirúrgica.

Los más frecuentes

Infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, digestiones irregulares o dolor prolongado en la zona de la operación.

En la cirugía laparoscópica se puede extender el gas al tejido subcutáneo (debajo de la piel) u otras zonas y pueden aparecer dolores referidos, habitualmente, al hombro.

Los más graves

Apertura de la herida. Estrechez de la vía biliar. Sangrado o infección intraabdominal. Fístulas (trayectos anómalos) varias. Infección grave de la vía biliar (colangitis). Pancreatitis. Cálculos residuales en la vía biliar principal).

Los propios de la anestesia que, en relación a su estado de salud, le serán explicados por el /la anestesiólogo/a.

Si alguna de estas complicaciones se presentara nuestro hospital pone a su disposición todos sus recursos técnicos y humanos para intentar solucionarla.

ADEMÁS, DADA SU SITUACIÓN ESPECIAL ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA:

Si desea más información no dude en preguntarle a su médico/a

MUY IMPORTANTE

- Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber.
- Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida.
- Si decidiera no realizarse la intervención, puede retirar su consentimiento informado cuando lo desee y con total libertad.



FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADO PARA COLECISTECTOMÍA

B) REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/DENEGACIÓN

Si considera que ha sido debidamente informado/a y consiente o rechaza libremente la práctica que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento de consentimiento, uno para la institución y otro para usted.

Se me explicó que mi condición de salud se corresponde con el diagnóstico de cálculos biliares; y se me sugirió que la colecistectomía es el procedimiento más adecuado para resolver este problema.

También se me informó en que consiste dicha práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.

Por eso yo: (marcar con una x)

❖ Doy mi consentimiento para la realización de la práctica quirúrgica **colecistectomía**.

❖ **No acepto** que se me realice la práctica quirúrgica **colecistectomía**.

Lugar y fecha

Firma y aclaración del/la paciente

Firma y aclaración del representante legal
(En caso de menor de edad o incapacidad)

Firma y aclaración del/los
profesionales intervinientes