

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADO PARA COLECISTECTOMÍA

Este documento sirve para que usted, o su representante, se informe y decida si nos autoriza a realizar esta intervención. Es importante que lea despacio la siguiente información, converse con la persona profesional que realizará la práctica, 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.

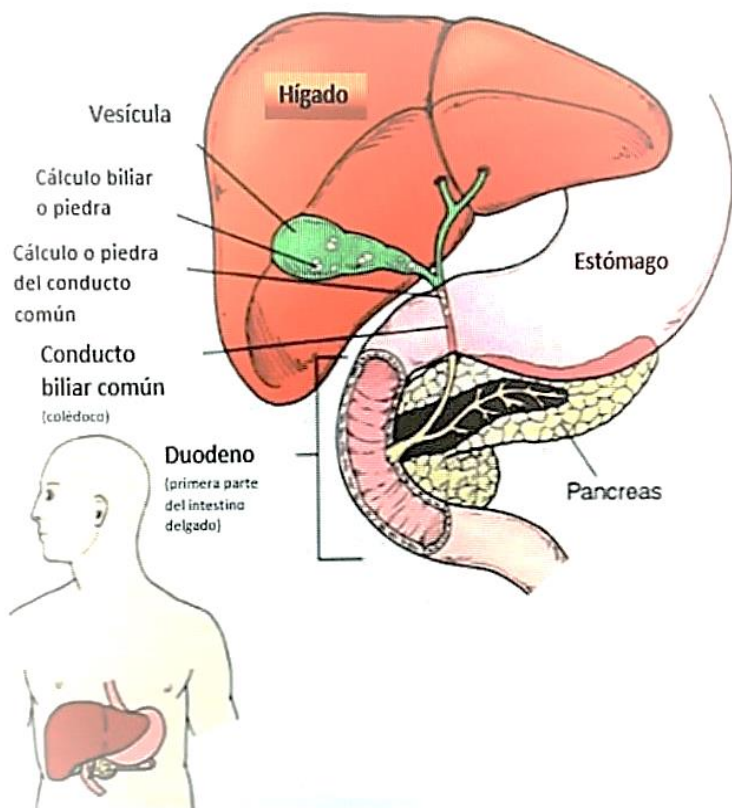
El procedimiento requiere anestesia general. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma.

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 (colecistitis) y/o una internación de urgencia por inflamación del páncreas (pancreatitis).



¿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 (colangitis), inflamación de la vesícula biliar (colecistitis) e inflamación del páncreas (pancreatitis) que pueden requerir una cirugía de urgencia o una internación 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). Inflamación del páncreas (Pancreatitis). Cálculos residuales en la vía biliar principal (litiasis coledociana).

Los propios de la anestesia que, en relación a su estado de salud, le serán explicados por la persona profesional a cargo de la anestesia.

Si alguna de estas complicaciones se presentara pondremos 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 la persona profesional a cargo de la cirugía

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 recibido correctamente la información 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 persona paciente

Firma y aclaración representante legal
(En caso de menor de 16 años o incapacidad)

Firma y aclaración
profesionales intervinientes