

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLECISTECTOMÍA ABIERTA (EXTIRPACIÓN VESÍCULA BILIAR)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en quitar la vesícula enferma (que tiene cálculos, barro biliar, pólipos o colesteroles) a través de una incisión en el abdomen (laparotomía).

En los casos en los que hay también una enfermedad en la vía biliar principal, es posible que haya que hacer una derivación entre la vía biliar y el tracto digestivo. A veces hay que dejar colocado un drenaje, hacer una papilotomía (cortar la papila para facilitar el flujo biliar al intestino) o esfinteroplastia (agrandar la abertura al duodeno).

En algunos casos, durante la cirugía se hace una radiografía con contraste para ver si hay cálculos en los conductos biliares. Si se confirma que hay cálculos se limpian los conductos y se hace una derivación de la vía biliar o se amplía la salida del conducto biliar (esfinterotomía).

Se realiza con anestesia general y puede ser que durante la cirugía haya que modificar el procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La finalidad de la cirugía es extirpar la vesícula para eliminar los dolores de los cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos y evitar otras complicaciones más graves (la inflamación de la vesícula biliar, del páncreas, ictericia...).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes, que suelen ser leves:

- Retención de orina.
- Trastornos de la digestión.
- Diarrea.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar (desplazamiento de un coágulo por la sangre que llega a los pulmones o a venas profundas). Su gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Sangrado intraabdominal durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección de orina.
- Bacteriemia (presencia de bacterias en la sangre).
- Infección respiratoria.
- Infección en el abdomen con peritonitis o abscesos.
- Obstrucción intestinal.
- Inflamación del páncreas grave (pancreatitis).

- Infección de los conductos biliares (colangitis).
- Retención o aparición de cálculos en la vía biliar.
- Lesión de la vía biliar.
- Fuga de bilis.
- Obstrucción de la vía biliar.
- Eventración (hernia en el abdomen debida a la incisión).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección más o menos grave.
- Seroma crónico de la herida.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las híper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

..... puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA “COLECISTECTOMÍA ABIERTA (EXTIRPACIÓN VESÍCULA BILIAR)”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Cirugía General
y Digestiva*

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: