

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
COLECISTECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La colecistectomía video laparoscópica, que se realiza como es una cirugía programada o de urgencia, y que puede ser planificada en forma hospitalizada o ambulatoria, persigue la extirpación (sacar) completa de la vesícula biliar y de los cálculos que contiene, esto mediante laparoscopia, lo que consiste en un procedimiento realizado mediante una técnica que no requiere una gran incisión (corte) del abdomen.

Se realiza la cirugía creando un espacio para trabajar a través de la insuflación del abdomen con gas (CO₂), se colocan trocares (4 tubos finos) en el abdomen, y se introduce una óptica que permite visualizar la zona donde se trabaja con instrumentos quirúrgicos especiales a través de los trocares.

A través, de esta cirugía se busca evitar las complicaciones de los cálculos biliares, cólicos biliares, colecistitis aguda, peritonitis biliar, coledocolitiasis, ictericia obstructiva, colangitis(infección) y cáncer de vesícula.

Así se espera lograr una mejoría en la tolerancia digestiva, eliminando el riesgo de cáncer vesicular.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención (condiciones propias de la paciente dentro de su abdomen y/o presencia de condiciones no diagnosticadas previamente) ésta debe convertirse a una cirugía abierta, es decir la realización de una incisión (corte) en la pared abdominal para realizar la extirpación de la vesícula biliar.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

En condiciones normales, es probable que durante el período postoperatorio el paciente presente dolor en el hombro derecho por al menos 24 horas.

Siendo poco frecuente, puede ocurrir que se presente parálisis intestinal postoperatoria (intestino no se mueve) y/o hemorragia de la herida operatoria que amerite tratamiento médico y/o revisión quirúrgica.

Riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas
- Infección o sangrado de herida quirúrgica
- Dolores referidos habitualmente al hombro, dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves:

- Lesión de vasos sanguíneos (aorta, vena cava, vena porta, vasos ilíacos, femorales, mesentéricos) o de vísceras al introducir los trocares (hígado, bazo, riñón); lesiones de estómago intestino delgado y/o grueso, lesiones de las vías biliares (hepático común, colédoco) durante la disección y extracción de la vesícula que producen fístulas biliares o estenosis durante su reparación colecciones intraabdominales de líquido detectadas en el post operatorio con ecotomografía, tomografía axial computada y/o resonancia magnética.
- Pancreatitis aguda post operatoria
- Hemoperitoneo, biliperitoneo
- Embolia gaseosa, neumotórax, neumonías
- Trombosis en extremidades inferiores

Pueden quedar cálculos en las vías biliares, a pesar del estudio pre operatorio (Ecotomografía abdominal, Pruebas hepáticas, Resonancia Magnética) que indican su no presencia. En este caso, cuando ocurre esto, que puede ser manifestado días o meses después de la operación de la vesícula, estos cálculos se extraen por una endoscopia especial (ERCP), efectuada por otro especialista o por vía quirúrgica en caso que no sea factible lo anterior o que la situación del paciente lo amerite.

Estas complicaciones, habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, antibióticos, sueros), las poco graves y frecuentes; pero que las complicaciones poco frecuentes y graves, pueden llegar a requerir un re intervención quirúrgica o procedimiento, durante la misma hospitalización o días, semanas o meses después de la operación de la vesícula.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Eventualmente podría ser necesario trasladarlo a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la clínica o a otro centro hospitalario.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **la cirugía de colecistectomía por vía laparoscópica** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciada la intervención, ésta podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE COLECISTECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA, por el Dr.(a) _____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Obtención de Consentimiento	FECHA firma del consentimiento: ____/____/____	HORA:
Fecha de realización del Procedimiento		
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal		

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)