

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
COLECISTECTOMÍA CLÁSICA ABIERTA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

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 la intervención 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 de la intervención 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 a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**COLECISTECTOMÍA CLÁSICA ABIERTA:** A través de una incisión en el abdomen se remueve la vesícula biliar para tratar la colelitiasis (cálculos de la vesícula) y sus síntomas, la colecistitis aguda y la colecistitis crónica, las cuales pueden o no estar complicadas en el momento de la cirugía, u otras enfermedades de la vesícula biliar.

La colecistectomía también busca prevenir otras complicaciones de la colelitiasis, como, por ejemplo: coledocolitiasis, colangitis aguda, pancreatitis aguda, y el cáncer de vesícula. Adicionalmente, la extirpación de la vesícula puede ser necesaria en algunos casos de cirugías de órganos vecinos a la vesícula.

En algunos casos se realizará una radiografía intra operatoria (colangiografía) para visualizar la vía biliar y descartar la presencia de cálculos en ésta, de forma que, en caso de que estén presentes, se realizará una intervención adicional para remover esos cálculos, ya sea una cirugía sobre la vía biliar y/o una intervención endoscópica.

Puede ser necesario dejar uno o más drenajes abdominales, que permanecerán el tiempo que el cirujano estime necesario.

Pueden existen hallazgos intraoperatorios u ocurrir complicaciones que requieran modificar la cirugía y/o realizar cirugía(s) adicional(es) a la colecistectomía para su tratamiento adecuado, como también puede ser necesario suspender la cirugía por los mismos motivos o por un deterioro en la condición del paciente que no permita seguir adelante con la intervención.

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.

**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:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, íleo paralítico (la ausencia transitoria del movimiento adecuado del intestino), trastornos temporales de la digestión, dolor prolongado en la zona de la operación.

**Poco frecuentes y graves:** Hemoperitoneo, biliperitoneo, lesión vascular (aorta, vena cava, vena porta, arteria hepática, entre otros), lesión hepática, lesión de la vía biliar, fístula biliar, estenosis de la vía biliar, lesión intestinal o colónica, fístula intestinal o colónica, colangitis (infección de los conductos biliares), infección intraabdominal, colección(es) intra-abdominales, coledocolitiasis, colangitis aguda, pancreatitis aguda, obstrucción intestinal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica y/o procedimiento.

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

A pesar del estudio preoperatorio adecuado (ecotomografía abdominal, pruebas hepáticas, y/o resonancia magnética) que descarta la presencia de cálculos fuera de la vesícula biliar en los conductos biliares, estos pueden existir y manifestarse posterior a la extirpación de la vesícula. El tratamiento de estos cálculos se realiza generalmente a través de una intervención endoscópica llamada colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), la cual es efectuada por otro especialista, y en algunas ocasiones puede ser necesario realizar una nueva intervención quirúrgica para su tratamiento.

**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 (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 **Cirugía de Colectomía Clásica Abierta**, 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.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE COLECISTECTOMÍA CLÁSICA ABIERTA**, 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.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

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