

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al/la

Dr./Dra. _____ y a su equipo quirúrgico a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.

- 2) Se me ha explicado que la colelitiasis es una enfermedad caracterizada por la presencia de cálculos en la vesícula biliar. Los cálculos pueden situarse en cualquier punto del sistema biliar, aunque lo más frecuente es que sea en la vesícula; en la mayoría de los casos como localización única, en menor frecuencia acompañado de litiasis en la vía biliar principal (VBP), y excepcionalmente los cálculos se sitúan en las vías intrahepáticas. Una vez demostrada la presencia de cálculos y atribuido a éstos los síntomas dolorosos del paciente, el objetivo principal es eliminarlos y prevenir que no recurran.

- 3) Se me han informado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha explicado que la cirugía en su método convencional consiste en una incisión en el abdomen, con el fin de extirpar la vesícula biliar. En algunos casos puede ser necesario realizar una radiografía intraoperatoria con contraste para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, de forma que, en caso de que estén presentes, se ampliará la cirugía para realizar una limpieza de esos cálculos, pudiendo ser necesario la derivación de la vía biliar o la ampliación de la salida del conducto biliar (esfinterotomía). Se me ha aclarado además que:

- a) En el lugar de las incisiones siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

- b) Los riesgos y complicaciones que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas. enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: riesgos poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, trastornos temporales de las digestiones. Dolor prolongado en la zona de la operación. Riesgos poco frecuentes y graves: dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Estrechez de la vía biliar. Fístula biliar con salida de bilis que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o drenaje de la bilis). Sangrado o infección intraabdominal. Fístula intestinal. Colangitis. Ictericia. Pankreatitis. Coledocolitiasis. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

- 4) Conozco que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o medidas terapéuticas que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

- 5) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 6) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica, y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer cólicos biliares a repetición, pancreatitis, síndrome coledociano y colecistitis aguda. Se me ha advertido que, si el cuadro que motiva la realización de la colecistectomía es una colecistitis aguda, la no autorización del procedimiento quirúrgico puede traer como consecuencia la presentación de un cuadro de peritonitis aguda, shock séptico, y hasta la muerte.
- 7) Se me ha informado que existen tratamientos alternativos al propuesto, como ser: a) la disolución medicamentosa de los cálculos en los casos de litiasis vesicular, cuya efectividad es escasa y no impide la aparición de las complicaciones propias de la patología (cólico biliar, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, etc.); b) tratamiento percutáneo (de aplicación reducida y reservado para pacientes que tengan un riesgo prohibitivo para una anestesia general y se deba de actuar sobre una litiasis vesicular que tenga complicaciones mayores), y; c) tratamiento antibiótico en los casos de colecistitis aguda, sin que ello implique que no sea necesaria la realización de una colecistectomía pasada la etapa aguda o ante la no mejoría del cuadro. Se me ha informado que la colecistectomía también puede llevarse a cabo por vía laparoscópica, en la cual se interviene mediante la introducción de instrumental como lo es un endoscopio y fuente de luz, pero que debido a la situación que presento, se deberá proceder por el método convencional.
- 8) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
- 9) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 10) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 11) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____