



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE COLECISTECTOMIA (EXTIRPACIÓN VESÍCULA Y VÍA BILIAR)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La colecistectomía es una técnica quirúrgica que consiste en la extirpación total o parcial de la vesícula biliar, cuando está enferma por la presencia de cálculos u otros problemas

CÓMO SE REALIZA:

La intervención se lleva a cabo con anestesia general. El Servicio de Anestesia estudiará su caso y le informará al respecto. Es posible que durante o después de la intervención pueda ser necesaria la administración de sangre y/o productos derivados de la misma.

La eliminación de la vesícula biliar se realiza en la mayoría de los casos mediante laparoscopia. En la laparoscopia, se aborda el abdomen mediante la introducción de instrumental a través de pequeñas incisiones creando un espacio tras la introducción de gas inerte. En caso de que no fuera posible concluir la cirugía por esta vía, se procedería a la conversión a cirugía abierta. En la cirugía abierta se hace una incisión en el abdomen y se accede a la vesícula y vía biliar para resolver el problema.

Si los datos clínicos y las exploraciones, antes y durante la operación, indican la presencia de cálculos en los conductos biliares, se procederá a su limpieza. La limpieza de los cálculos conlleva, en muchos casos, la apertura de la vía biliar, su desviación al tubo digestivo o la ampliación de la salida del conducto biliar y colocación de drenajes abdominales.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

La ausencia de vesícula biliar afecta al normal desarrollo de la digestión, por lo que puede sufrir molestias con determinados alimentos, que suelen ser poco importantes y tienden a minimizarse con el paso del tiempo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

El beneficio de esta intervención dependerá de la enfermedad que tenga la vesícula biliar.

La extracción de la vesícula biliar enferma evitará 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 e infección de la vesícula biliar y/o páncreas (colecistitis y/o pancreatitis), así como coloración amarillenta de la piel y mucosas (ictericia)

La operación mediante laparoscopia, como se hace mediante incisiones pequeñas, disminuye el riesgo de hernias, además el dolor postoperatorio, generalmente es más leve, la recuperación del hábito intestinal suele ser más rápida y el periodo de convalecencia suele ser más corto y confortable.

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

Dependerá de la enfermedad de la vesícula biliar que se está abordando.

En ocasiones, por vía endoscópica (tubo introducido por su boca hasta la zona del tubo digestivo indicada) o transhepática (punción en la piel a través del hígado) se puede intentar la extracción de cálculos, la colocación de prótesis o la dilatación de la vía biliar. Pero en su caso pensamos que la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención de orina, flebitis, digestiones irregulares o dolor prolongado en la zona de operación.

- En la cirugía laparoscópica se puede extender el gas al tejido subcutáneo u otras zonas y puede aparecer dolores referidos, habitualmente al hombro.

- Pequeña hemorragia que suele ceder en unas horas si la hemostasia (la capacidad de coagulación del paciente) es normal.

- Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico; con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la zona de piel donde tenga colocada la placa.

- Adormecimiento y dolor de la zona de la herida operatoria

- Pequeñas imperfecciones estéticas en la zona de la cicatriz.

• LOS MÁS GRAVES:

- Si se produce una hemorragia postoperatoria severa, que requiera una nueva intervención.

- Infección durante el período postoperatorio que incluso pudiera generalizarse (septicemia).
- Infección de la herida que pueda producir la apertura de la misma.
- Lesión en la vía biliar, con estrechez o fístula biliar podruzca que no pueda pasar la bilias y de estanque o fuge.
 - Fístula intestinal
 - Infección grave de la vía biliar (colangitis)
 - Coloración amarillenta de la piel y mucosas (ictericia)
 - Pancreatitis
 - Cálculos residuales en la vía biliar principal (coledocolitiasis)
 - Lesiones vasculares, de órganos vecinos, embolia gaseosa, neumotórax (aire dentro de la pleura).
- Excepcionalmente puede producirse la muerte

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA. OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen **hallazgos imprevistos**. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario **tomar muestras biológicas** para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta **tomar imágenes, como fotos o videos**. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

IMÁGENES EXPLICATIVAS:

(En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

DR. FEDERICO GRASA GONZÁLEZ. 29/1109184

FECHA:

FIRMA:

CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____,
con DNI/NIE _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

En _____ a _____ de _____ de 2022.

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____ ,
con DNI _____ , **no autorizo a la realización de esta intervención.** Asumo las
consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de 2022

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ ,
con DNI _____ , **de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento
para esta intervención.** Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o
la vida.

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.:

Fdo.:

