

CONSENTIMIENTO PARA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo,....., con diagnóstico presuntivo de....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento, autorizo al **Dr/a**....., y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención conocida como colecistectomía por vía laparoscópica, que se realizará en.....

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. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

a) La cirugía laparoscópica consiste en la visualización directa de la cavidad abdominal utilizando un endoscopio y una fuente de luz, constituyendo un método de diagnóstico y tratamiento. En el caso específico de la colecistectomía, otras cánulas son insertadas para permitirle al cirujano separar la vesícula de sus adherencias y extraerla a través de una de las aperturas. En muchas ocasiones se realiza durante el procedimiento una radiografía, llamada colangiografía, para identificar cálculos que pueden estar localizados en la vía biliar o para asegurar que las estructuras anatómicas han sido identificadas. Es de destacar que condiciones anatómicas propias del paciente o de estado de la enfermedad pueden imposibilitar la realización del estudio mencionado. En el caso de encontrarse uno o más cálculos en el colédoco, los mismos pueden extraerse en el mismo acto quirúrgico, o se puede decidir su extracción a posteriori mediante un procedimiento mínimamente invasivo, y también puede optarse por convertir la cirugía a una cirugía convencional con el objeto de extraer todos los cálculos identificados.

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

c) 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 descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: lesión de la vía biliar principal, fístulas, hemorragia de la lodge quirúrgica o de los puertos laparoscópicos, disconfort postoperatorio como consecuencia del neumoperitoneo, injuria de órganos intraabdominales, filtración de sangre o bilis, inflamación, decoloración de la piel, hematoma (acumulación de sangre), seroma (acumulación de líquidos), tejido cicatrizal anormal (cicatrización hipertrófica o queloide), infección, absceso de herida, hiperpigmentación.

d) Se me ha informado particularmente que en algunos casos resulta imposible continuar la intervención por vía laparoscópica, y el cirujano deberá abrir el abdomen y continuar la operación en forma convencional.-----

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, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.

5. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.

6. 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 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o 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.

7. 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.

8. 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.

9. Se me ha informado que la colecistectomía también puede llevarse a cabo por vía convencional, es decir mediante una incisión única en el abdomen, pero que este método conlleva una cicatriz más extensa y un mayor período de recuperación. Por tanto doy mi conformidad a que la cirugía se inicie por vía laparoscópica.

10. 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.

11. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

12. 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. Manifiesto ser alérgico a:.....-

13. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

14. 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.

15. He leído este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente: **Documento:**.....

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

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

(1) Firma: (2) Firma:

Aclaración: Aclaración:

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: