

# Colecistectomía

## 1. Identificación y descripción del procedimiento

Mediante esta técnica se procede a extirpar la vesícula biliar. En algunos casos se realiza una radiografía intraoperatoria para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, de forma que, en el caso de que estén presentes, se amplía la cirugía para realizar una limpieza de esos cálculos pudiendo ser necesaria la derivación de la vía biliar o la ampliación de la salida del conducto biliar (esfinterotomía de Oddi).

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado.

La intervención requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

## 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como la inflamación aguda de la vesícula biliar y del páncreas y la obstrucción de los conductos biliares que origina ictericia.

## 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

No existe alternativa terapéutica eficaz.

## 4. Consecuencias previsibles de su realización

Se va a estar sometido a riesgos razonables derivados del acto quirúrgico y de la administración de anestesia. Según el tipo de acceso quirúrgico a la glándula (que dependerá de lo avanzado del proceso, de las dificultades técnicas y de la tradición quirúrgica del hospital) quedará una cicatriz más o menos amplia.

## 5. Consecuencias previsibles de la no realización

Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales o aparición de nuevos. Seguirá dependiendo de controlar su enfermedad con dieta y medicamentos.

## 6. Riesgos frecuentes:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales de las digestiones, dolor prolongado en la zona de la operación.

## 7. Riesgos poco frecuentes:

Pueden ocasionarse riesgos poco frecuentes y graves:

- Hemorragia interna, fístula (escape del líquido que se encuentra en un conducto) biliar o intestinal, infección de los conductos biliares, estrechez de la vía biliar, infección intraabdominal, cálculos residuales en los conductos biliares, obstrucción de la salida de la bilis, (que origina ictericia) e inflamación de la glándula pancreática.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

**8. Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente:**

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones.

**9. Declaración de consentimiento**

Don/Doña \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
DNI \_\_\_\_\_

Don/Doña \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la  
paciente) con DNI \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Doctor/a \_\_\_\_\_ me  
ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización  
de \_\_\_\_\_ ..

En \_\_\_\_\_ .año \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .20

Fdo.: Don/Doña \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Fdo.: Dr/Dra \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Colegiado nº: \_\_\_\_\_ ..

**10. Revocación del consentimiento**

Revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y no deseo  
proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En \_\_\_\_\_ .año \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .20

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: \_\_\_\_\_