



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Colectomía  
Laparoscópica

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Colectomía Laparoscópica**

Consentimiento Informado – Cirugía Infantil

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

---

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

Ciudad:.....Comuna:.....

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

**DECLARO:**

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico: **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la vesícula biliar enferma a través de incisiones pequeñas en la pared abdominal. Al hacer incisiones más pequeñas se pretende disminuir el dolor postoperatorio, disminuir las complicaciones asociadas a la herida operatoria y obtener una recuperación más rápida.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la **administración de anestesia** y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia. La técnica consiste en la extirpación de la vesícula a través de incisiones pequeñas de la piel por la que se colocan canales de trabajo para la introducción de una óptica y el instrumental necesario para llevarla a cabo. Es necesario crear un espacio para poder trabajar y esto se logra insuflando la cavidad abdominal. A veces, por que técnicamente o por hallazgos operatorios, este procedimiento no puede ser llevado a cabo por esta vía y es necesario convertirlo en un abordaje tradicional con una incisión amplia. Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Comprendo que 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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento. Estos pueden ser:

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, flebitis.
- **Poco frecuente y de mediana gravedad:** Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.
- **Pocos frecuentes y graves:** shock anafiláctico y/o hemodinámico. Sepsis.
- **Específicos de la cirugía:** Infección, hematoma de la herida operatoria; colecciones intraabdominales de pus, bilis y/o sangre, obstrucción intestinal. Enfisema subcutáneo, embolia gaseosa. Dolor referido al hombro, lesión de órganos intraabdominales, y vasos sanguíneos al introducir los trocares o durante la cirugía. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....  
El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se le realice el tratamiento quirúrgico para: **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).