

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## COLECISTECTOMÍA

El Consentimiento Informado es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o por sus representantes legales, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada inherente a su internación y a procedimientos diagnósticos o terapéuticos propuestos, con respecto a objetivos, beneficios y riesgos. Entiendo que puedo negarme al tratamiento o rechazar mi consentimiento en cualquier momento. Su firma en el presente documento es la constancia de que entendió todo lo explicado y da conformidad acerca del mismo.

**Nombre y Apellido** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL:

**EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:** La intervención se realiza en la cavidad abdominal y sirve para operar sobre los órganos abdominales mediante mínimas incisiones que permiten la introducción de instrumentos y microcámaras para la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía). 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

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:** El propósito principal de la intervención es la extirpación de la vesícula biliar (colecistectomía) para eliminar los dolores cólicos, mejorar la tolerancia de los alimentos, y evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar y del páncreas e ictericia. La técnica quirúrgica empleada no difiere de la que se realiza en cirugía abierta, con los beneficios del abordaje laparoscópico.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:** En general, un menor dolor postoperatorio, mejor resultado estético y una recuperación más rápida que con cirugía abierta convencional. Asimismo, las pequeñas incisiones disminuyen el riesgo de hernias postoperatorias y de cicatrices patológicas. Dejará de tener síntomas relacionados con la litiasis biliar.

**OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:** La posible alternativa es realizar la intervención mediante cirugía abierta (laparotomía).

**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:** Las complicaciones más frecuentes son la infección, dolor o sangrado de las heridas quirúrgicas. Con menor frecuencia aparecen complicaciones más importantes, que dependerán del tipo de patología a tratar y del estado de la persona.

**LOS MÁS GRAVES:** En cualquier cirugía abdominal se pueden presentar trastornos temporales en la digestión, dolor prolongado en la zona de la operación, flebitis, absceso intraabdominal, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva, síntomas miccionales tras sondaje vesical, etc.

Derivadas de la colecistectomía: hemorragia interna, fístula biliar o intestinal, colangitis (infección de los conductos biliares), estrechez de la vía biliar, coledocolitiasis, ictericia, pancreatitis. Otras, complicaciones propias de la laparoscopia, como extensión del gas al tejido subcutáneo, dolor referido habitualmente al hombro, sin olvidar la grave posibilidad de lesión de los vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trócares, embolia gaseosa, neumotórax y trombosis de las extremidades inferiores, que son muy infrecuentes, requerirán un tratamiento inmediato.

Ocasionalmente, derivadas del uso de material de quirófano (quemaduras por bisturí eléctrico, manta eléctrica) o lesiones posturales. Todas ellas se resuelven habitualmente con tratamiento médico (antibióticos, drenajes, sueros, etc.), pero pueden necesitar una reintervención, generalmente de urgencia.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

---

---

---

**AL DAR MI CONSENTIMIENTO:**

1. Entiendo mi estado de salud y que por indicación médica, dicho procedimiento supone beneficios esperados para mejorar la situación que me afecta. Se me explicó acerca de los métodos diagnósticos alternativos si los hubiese.
2. Tengo conocimiento que no es posible garantizar el buen resultado de las prácticas que se me realicen, de los riesgos y eventuales complicaciones que puedan surgir en el curso de los mismos y de las condiciones imprevistas que, tal vez, requieran procedimientos adicionales para mi mejoría.
3. Acepto recibir transfusiones de productos derivados de la sangre en caso necesario y según lo indique el criterio médico de los profesionales que me asistan. SI  NO
4. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO  SI  Cuál: \_\_\_\_\_
5. Me comprometo a brindar la información veraz cuando sea solicitada por los miembros del equipo de salud y a cumplir con las indicaciones médicas que me sean indicadas y también a informar aquellas que no he de cumplir.
6. Doy mi consentimiento y acepto que los datos personales de mi Historia Clínica y el contenido de la misma puedan ser relevados ante la solicitud de la obra social o empresa de medicina prepaga que cubre las prestaciones. (Ley Provincial N°3012 de Recupero Financiero).
7. Acepto que el material de mi historia clínica, imágenes o cualquier otro tipo de información sea publicado en una revista médica o congreso médico con fines científicos y docentes, resguardando mi identidad.  
SI  NO

## MUY IMPORTANTE

Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida. Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber. Si decidiera no realizarse la intervención, puede rechazarla cuando lo desee y con total libertad.

Al prestar conformidad, usted aceptará las pautas y condiciones de la internación o procedimiento que le fueran debidamente informadas, entre las que rige la posibilidad de ser derivado a otro efector de salud por necesidad de servicio.

Yo \_\_\_\_\_, confirmo que se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves. Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.  
(Marque con una x)

DOY MI CONSENTIMIENTO

NO ACEPTO  (En el caso de menores, el Hospital podrá dar intervención al Juzgado si lo considere necesario).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_:\_\_\_hs.

## REVOCACIÓN

RECHAZO Y EN CONSECUENCIA REVOCO MI CONSENTIMIENTO ASUMIENDO LOS RIEGOS PARA MI SALUD QUE ME FUERAN EXPLICADOS (LEY PROVINCIAL N° 2611).

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del/la paciente  
y/o del representante legal  
(En caso de menor de edad o incapacidad)

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
del/los profesionales intervinientes

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_:\_\_\_hs.

## IMPORTANTE - PROFESIONALES

**Para evitar extravíos y preservar este documento en la historia digital del paciente, una vez firmado agregarlo a la HUDS de ANDES como archivo adjunto.**