

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MARSUPIALIZACIÓN O LA EXCERESIS DE GLANDULA DE BARTHOLINO.

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (Art. 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

La Paciente de años

CC N° de.....

Y/o El señor/señora

CC N°..... de

En calidad de representante legal; Familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor:.....; identificado con CC N°:..... de Ginecólogo Obstetra con R.M: me ha Informado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación actual, una **MARSUPIALIZACIÓN O LA EXCERESIS DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO**, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La Bartholinitis es un proceso inflamatorio de la glándula de Bartholino producto de la obstrucción de su drenaje secundario generalmente a un proceso infeccioso. Ello se puede manifestar en forma quística o como un proceso infecciosos agudo (absceso)
2. Su tratamiento quirúrgico puede ser realizado por medio de una MARSUPIALIZACIÓN la cual consiste en la apertura de un orificio sobre la pared de la glándula con el fin de drenar su contenido y creación de un nuevo trayecto de drenaje. y la EXCERESIS DE LA GLANDULA que consiste en la extirpación completa de la misma.
3. En mi caso concreto el planteamiento inicial es una
4. Ante la sospecha diagnóstica de
5. La Marsupialización o exéresis de la glándula de Bartholino requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
6. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del: acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: *mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas*. Por lo tanto, por mi situación actual de: entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
- 7 De manera expresa autorizo a que el material obtenido sea enviado a estudio anatomopatológico (escriba Sí ó NO en el espacio en blanco)

8. Las complicaciones propias de esta intervención son:
- *Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión)*
 - *Hematomas (acumulación de sangre coagulada): sobre la herida o pared pélvica*
 - *Dispareunia (dolor con relaciones sexuales)*
 - *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga.*
 - *Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales)*
 - *Exéresis incompleta de la glándula por dificultades técnicas o médicas*
9. A pesar de realizar esta cirugía, principalmente la marsupialización, es posible que en el futuro puedan presentarse nuevamente persistiendo la sintomatología.
10. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba **SI** ó **NO** en los espacios en blanco punteado

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo

El Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al Doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

Y en tales condiciones

ACEPTO

Que se me realice una

Firma Paciente

Firma Testigo

Firma Médico

Ciudad y Fecha