

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VIDEO LAPAROSCOPIA GINECOLOGICA

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

CCN<sup>o</sup>: ..... de .....

El señor/señora .....CC N<sup>o</sup> .....

En calidad de representante legal; Familiar o allegado.

### DECLARAN:

Que el Doctor:.....; identificado con CC N<sup>o</sup>..... de ..... Ginecólogo Obstetra con R.M:..... me ha informado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación actual, una VIDEO-LAPAROSCOPIA, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La Video-laparoscopia consiste en ingresar a la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones con instrumental especial (trocares y laparoscopio), visualizando la cavidad abdomino-pélvica por medio de un monitor de televisión con la ayuda de medios de distensión principalmente CO<sub>2</sub>. Según los antecedentes, clínica, estudios previos y criterio médico, se decidirá el tipo de Laparoscopia que podrá ser:
  - Video-Laparoscopia diagnóstica
  - Video-Laparoscopia diagnóstico -quirúrgica
  - Video-Laparoscopia quirúrgica

En mi caso concreto el planteamiento inicial es una ..... ante la sospecha diagnóstica de .....

Según los hallazgos, autorizo plenamente al Doctor para que se me realice alguna de las siguientes intervenciones o las que él considere necesarias

- Solo informe diagnóstico( )
- Extirpación de masas sólidas o quísticas sobre los ovarios o las trompas ( )
- Fulguración de focos de endometriosis( )
- Lisis de adherencias( )
- Resección parcial de ligamentos uterosacros( )
- Tomas biopsicas de peritoneo, ovarios u otros órganos abdominales( )
- Salpinguectomía uni o bilateral (exéresis de trompas) ( )
- Salpingostomía uni o bilateral (abertura de las trompas) ( )
- Ooforectomía uni o bilateral (exéresis de ovarios) ( )
- Oclusión tubárica bilateral para planificación definitiva( )
- Miomectomía (exéresis de miomas) y/o Miolisis ( )
- Tratamiento quirúrgico de un embarazo Ectópico según los hallazgos( )
- Histerectomía con asistencia laparoscópica.( )
- Otros .....

2. De manera expresa.....autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico(escriba **SÍ** ó **NO** en el espacio en blanco)

3. La extirpación de un quiste de ovario (endometriomas, quiste simple, dermoides ) o la lisis de adherencias con fulguración de los focos de endometriosis, no garantiza que en un futuro no puedan aparecer otras nuevas lesiones o persistir la sintomatología.

4. La Laparoscopia requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
5. 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: *hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas, alergias previas*. Por lo tanto, por mi situación actual de ..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones
6. Las complicaciones propias de esta intervención son:
  - *Hematomas sobre las heridas o en la pelvis.*
  - *Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen*
  - *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos*
  - *Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión)*
  - *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)*
  - *Edema pulmonar.*
  - *Embolismo gaseoso*
  - *Hiponatremia (disminución de sodio)*
  - *Herniaciones posquirúrgicas*
  - *Lesiones nerviosas (nervio ilioinguinal)*
7. Si me llegaran a extirpar los ovarios (ooforectomía), es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia. Además, la extirpación de los ovarios, trompas o útero implicaría que las posibilidades de tener hijos sería por ayuda médica con técnicas de reproducción asistida.
8. Si el objetivo es la ligadura de trompas para planificación, existe un porcentaje de fallos en los que se produce un nuevo embarazo que es del 0,5 -1%.
9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica (*pasar a una Laparotomía o cirugía a "cielo abierto" convencional*) prevista de antemano en procura de ofrecer mejores resultados o salvar mi vida.

Escriba **SI** ó **No** en el espacio en blanco

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 **LAPAROSCOPIA** .....

Firma Paciente .....

Firma testigo .....

Firma Médico .....

Ciudad y Fecha.....