

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre de la paciente)

consiento en que el (la) doctor (a) \_\_\_\_\_RODRIGO ALBERTO OTERO MERLANO

\_\_\_\_\_ como cirujano(a) y el ayudante que él (ella) designe, me realicen cirugía LAPAROTOMÍA EXPLORADORA ante la dificultad para llegar a un diagnóstico correcto a través de otras pruebas diagnósticas por presentar:

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la apertura de la cavidad abdominal por medio de una herida en la cara anterior del abdomen y revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos se hará extirpación de las estructuras que estén indicadas (apéndice, epiplón, anexos, ovarios, matriz, etc.) drenaje de sangre o pus. En caso de encontrar un tumor de sospecha cancerosa se podrá tomar biopsia por congelación para decidir según su resultado el tipo de intervención que debe hacerse como extirpación de todo el aparato genital con cadenas ganglionares o simplemente cirugía reductora (sacar parte del tumor). En caso de encontrarse muchos órganos lesionados será necesario la participación de otros especialistas (cirujano, urólogo, etc.)

Esta cirugía no garantiza totalmente la identificación y/o desaparición de mi problema, ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta y que por lo tanto los que la siguen no pueden garantizar resultados que no dependen exclusivamente del médico, debiendo ellos colocar todos sus conocimientos y pericia en obtener los mejores resultados.

También he entendido que existen otros métodos diagnósticos como \_\_\_\_\_ los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones tales como: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), sangrado o

hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de piel, abscesos, peritonitis) reacciones alérgicas, anemia, perforaciones involuntarias de órganos vecinos como vejiga, intestino, colon, vasos sanguíneos, fístulas urinarias o intestinales, hernias abdominales, adherencias, obstrucción intestinal por bridas. En caso de ser necesaria la extracción de la matriz se quedará con una permanente imposibilidad para tener hijos y si se extraen los ovarios se entrará en menopausia requiriendo reemplazo hormonal de acuerdo a criterio médico. La posibilidad de complicaciones severas como septicemia (infección generalizada), colostomía, ligadura de grandes vasos o de uréter, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

---

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, cuyo riesgo será valorado, se realizara y será responsabilidad del servicio de anestesia.

Entiendo que la pieza o piezas extirpadas se someterán a estudio anatomopatológico inmediatamente por congelación o posteriormente según criterio médico \_\_\_\_\_ en teniendo que estar pendiente de su resultado final e informarlo al médico.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción. Manifiesto que yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

Huella índice derecho