

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA  
(Diagnóstica y terapéutica)**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Cirugía de Laparoscopia Ginecológica**, es una cirugía que consiste en la introducción en el abdomen de un instrumento parecido a un telescopio por medio de una incisión (corte) en el ombligo y de pinzas especiales a través de dos o tres pequeñas incisiones en la parte baja del abdomen, con el fin de obtener información (laparoscopia diagnóstica), y/o corregir alteraciones de órganos como tumores ováricos, trompas uterinas dilatadas, adherencias (se pegan unos órganos con otros) o endometriosis. El abdomen es distendido habitualmente por dióxido de carbono en gas.

La cirugía de laparoscopia ginecológica, es propuesta por el médico tratante luego de considerar el diagnóstico de la paciente y la naturaleza de la enfermedad (benigna/maligna). La cirugía propuesta puede, según el caso, tener el carácter de curativa (cura totalmente la enfermedad), paliativa (cura parcialmente la enfermedad) o correctiva (corrige completamente algo alterado).

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intra operatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informado de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales

las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento más o menos frecuentes:**

- Dolor de hombro
- Distensión abdominal
- Hemorragia vaginal leve
- Lesiones vasculares
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria)
- Accidentes eléctricos
- Lesiones de órganos vecinos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga), mediante quemadura o punción lo cual podría conducir a la formación de una fístula (abertura o comunicación anormal entre intestino/vejiga/uréter y la vagina). Necesidad de realizar una colostomía (abocar intestino a piel) o de una segunda cirugía para reparar alguna de las mencionadas complicaciones.
- Infecciones (intra y postoperatorias).
- Enfisema subcutáneo y tromboembolismo gaseoso.
- Neumoperitoneo, que consiste en el paso de gas hacia tejidos de la pared abdominal.
- Desarrollo de hernias en alguno de los sitios de punción abdominal.

La mayoría de las complicaciones pueden requerir acelerar, suspender o retrasar la intervención.

**Complicaciones severas** que requieren histerectomía, colostomía o que son causa de fallecimiento difícilmente suceden, pero son posibles.

Los riesgos propios derivados de condiciones particulares de cada persona tales como edad, enfermedades pre-existentes, alergias, uso de medicamentos o drogas, alcoholismo, tabaquismo, etc. Si Ud cree que algunas de estas u otras situaciones no han sido consideradas, infórmelo a su médico tratante o a cualquier profesional involucrado en la cirugía propuesta

Es posible que si en el momento del acto quirúrgico, por surgir algún imprevisto o porque tras la inspección laparoscópica cuidadosa se observen condiciones que requieran la reconversión de la laparoscopia hacia la cirugía tradicional abierta (laparotomía), el equipo médico puede variar la técnica quirúrgica programada.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Eventualmente podría ser necesario trasladarla a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la clínica.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía de Laparoscopia Ginecológica** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA**, por el Dr.(a) \_\_\_\_\_ . **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)