

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ABDOMINAL**

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

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

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****Exploración de la Cavidad Abdominal**

A la vista de las exploraciones y pruebas efectuadas y ante la dificultad para llegar a un diagnóstico definitivo, consideramos que debe ser realizada la exploración quirúrgica de la cavidad abdominal (también llamada LAPAROTOMÍA EXPLORADORA).

La intervención consiste en el acceso a la cavidad abdominal y revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos, se decidirá el tipo de intervención, que podrá ser:

- Simple observación.
- Tomas de tejido (biopsia).
- Extirpación del aparato genital (parcial o completo).
- Cirugía ampliada al aparato digestivo y/o urinario.
- Cirugía reductora.

Esta exploración puede realizarse mediante laparotomía o laparoscopia que, a su vez, puede ser seguida o no de laparotomía.

La extirpación de ambos ovarios dará lugar a esterilidad y pérdida de menstruación en mujeres jóvenes. La extirpación de las trompas dará lugar también a esterilidad. La histerectomía supone la posibilidad de no tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía con anexectomía bilateral conlleva la instauración de la menopausia en mujer joven pudiendo necesitar terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

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 representantes legales, en su caso, informados 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 de esta intervención quirúrgica, por orden de frecuencia, pueden ser:**

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas).
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.
- Lesiones intestinales.
- Fístulas.
- Quemadura eléctrica.
- Lesiones vasculares y/o neurológicas.
- A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal o hernias incisionales, así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anexos.

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

### 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 **Exploración de la Cavidad Abdominal** 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 EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ABDOMINAL,** 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)