



**Consentimiento Informado  
para Exploración de la Cavity  
Abdominal  
Versión 3.0**

## **Consentimiento Informado para Exploración de la Cavity Abdominal**

## Consentimiento Informado Para Exploración De La Cavity Abdominal

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para:  
**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.

#### **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:**

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

**Las complicaciones específicas 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. Quemaduras.
- 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.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

.....  
.....

Me han sido explicados las precauciones y el tratamiento que, en su caso, he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del Servicio de Anestesia.

No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las precauciones debidas y por el personal calificado.

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.

Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas médicas y quirúrgicas.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el ginecólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones.

## CONSENTIMIENTO

---

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

### **EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ABDOMINAL**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).