

MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. UNA PROPUESTA.

Guido Parra, Felipe Vergara**, Alfredo Gómez***, Luis De La Hoz*****

Recibido: marzo 4/2002 - Revisado: marzo 4/2002 - Aceptado: mayo 30/2002

RESUMEN

La práctica ginecológica y obstétrica en Colombia, al igual que en otros países, lleva un alto riesgo de demandas por responsabilidad médico-legal.

En Colombia, la información y posterior aceptación por el paciente del procedimiento que le será realizado son exigencias legales muchas veces ignoradas, que tienen un incalculable valor para la defensa del médico en caso de una demanda. El presente trabajo tiene como objetivo proponer modelos de consentimiento informado para los principales procedimientos ginecológicos y obstétricos, los cuales protegen la autonomía del paciente y facilitan al ginecoobstetra la práctica de su profesión.

Palabras clave: consentimiento informado, ginecología, obstetricia.

SUMMARY

Like in other countries the practice of obstetrics and gynecology has a medical legal high risk. The information and acceptance of the written informed consent is mandatory by law in Colombia but many of us ignore the immense value for a legal medical defense. The aim of this work is to propose a form of model for each surgical or medical act of informal consent according to protect the patient autonomy and make easier and more secure the medical practice.

Key words: Informed consent, obstetrics, gynecology.

INTRODUCCIÓN

Los últimos años han mostrado un aumento en el número de demandas dirigidas a profesionales de la salud. La ginecología y obstetricia se muestra como una de las especialidades más proclives; de hecho, un reciente trabajo con datos nacionales, muestra cómo la atención ginecológica, y principalmente obstétrica,

generó demandas en un 15%, relacionadas sobre todo con la atención del trabajo de parto y las complicaciones del embarazo.

Esta realidad, de amplio conocimiento por los ginecólogos y obstetras, aún sigue ignorada por muchos de ellos.

Preocupados por esta realidad, nos preguntamos más de una vez: ¿qué estrategias implementamos los ginecoobstetras para enfrentar esta situación?

Pensamos que poco hemos adelantado en nuestra práctica cotidiana y en la relación médico-paciente a este respecto; además, las exigencias legales en nuestro país determinan no sólo la elaboración de una historia clínica completa y clara, sino la información de los procedimientos y la aceptación debidamente firmada de éstos antes de cualquier intervención quirúrgica, prescripción o procedimiento médico.

* MD. Ginecólogo y Obstetra. Instituto de Reproducción Humana Procrear, Centro de Diagnóstico Ultrasonográfico Cediul, Barranquilla.

** MD. Ginecólogo y Obstetra. Instituto de Reproducción Humana Procrear, Centro de Diagnóstico Ultrasonográfico Cediul, Barranquilla.

*** MD. Ginecólogo y Obstetra. Instituto de Reproducción Humana Procrear.

**** MD. Ginecólogo y Obstetra. Instituto de Reproducción Humana Procrear.

Colaboración especial: Dra. Piedad Bolívar Goez, directora jurídica. Scare - Fepasde

Por lo tanto, poco o nada hemos hecho en cuanto a la verdadera práctica médica; a la relación médico-paciente y a las exigencias legales a las que estamos comprometidos en el ejercicio de nuestra profesión; prueba de ello es que a la luz de los datos mostrados por Manrique; no sólo una historia clínica deficiente ha dificultado la defensa de los profesionales sino que, además, el consentimiento informado inexistente o inadecuado perjudica frecuentemente la defensa del médico.

Es decir, seguimos realizando malas historias clínicas y seguimos omitiendo los consentimientos informados creyendo que la afiliación a seguros costosos o el hecho de haber realizado una adecuada práctica médica, ante complicaciones inesperadas, nos evitarán la tan amarga situación de afrontar una demanda.

El consentimiento informado no nos exonera de una mala praxis, ni tampoco nos obliga a ejercer una medicina a la defensiva; es un instrumento que protege la autonomía del paciente al informarle en detalle el procedimiento y los riesgos al que será sometido.

Estos modelos propuestos de consentimiento informado -específicos para ginecología y obstetricia- se enmarcan en las leyes -las cuales muchos de nosotros desconocemos- y están contempladas en los artículos 15 y 16 de la Ley 23 de 1981 expedida por el Congreso colombiano, la cual rige para todo médico en el ejercicio de su profesión.

Basados en la experiencia de los autores, y en publicaciones nacionales y extranjeras

al respecto, presentamos a la comunidad médica las siguientes propuestas que esperamos puedan ser adaptadas a cada médico o institución en particular, con las modificaciones que se consideren necesarias.

DESARROLLO

1. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS OBSTÉTRICOS

- a. Atención del trabajo de parto
- b. Cesárea
- c. Legrado obstétrico

2. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS GINECOLÓGICOS

- a. Legrado uterino biopsico
- b. Marsupialización y exéresis de glándula de Bartholino
- c. Ligadura de trompas
- d. Colporrafia anterior y colpoperineorrafia
- e. Miomectomía
- f. Laparotomía exploradora
- g. Cirugía de masa anexial
- h. Histerectomía
- i. Video-laparoscopia
- j. Video-histeroscopia

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 espacios en blanco.

La pacientede años

C. N°: de

Y/o el señor/señora

C.C. N°: de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:identificado con CC. N°de.....; ginecólogo y obstetra con R.M. N°:, nos ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la atención de un trabajo de parto:

1. Que el trabajo de parto consiste en una serie de mecanismos activos y pasivos que tienen como finalidad modificar el cuello del útero y permitir la expulsión fetal y placentaria por vía vaginal.
2. Que existen tres etapas en dicho trabajo de parto que son: la dilatación y el borramiento del cuello del útero, el descenso y la expulsión del feto, y el alumbramiento de la placenta.
3. En ocasiones la atención del trabajo de parto podría presentar complicaciones imprevistas e impredecibles en alguna de sus etapas.
4. Que las principales complicaciones materno-fetales que pueden aparecer y comprometer mi estado de salud o el de mi bebé, en algunos casos con riesgo potencial de muerte, son:
 - Trabajo de parto estacionario y/o falta de dilatación y progreso.
 - Alteración de la contractilidad uterina.
 - Desgarros cervicales/perineales.
 - Sufrimiento fetal agudo:

Implica un feto en riesgo de morbi-mortalidad relacionado con disminución del aporte de oxígeno a nivel cerebral (encefalopatía hipóxica). En la actualidad no disponemos de métodos que nos permitan detectar fiel y precozmente dicho estado, sin embargo, en muy raras ocasiones éste causa secuelas neurológicas permanentes (parálisis cerebral) y lo común es la supervivencia fetal sin secuelas. De presentarse secuelas neurológicas, éstas se relacionan principalmente con lesiones neurológicas intrauterinas previas, tales como:

 - Atonía uterina posparto.
 - Síndrome de aspiración meconial.
 - Desprendimientos placentarios.
 - Prolapso de cordón.
 - Acretismos placentarios (invasión anormal de la placenta en la pared del útero).
 - Nudos verdaderos de cordón.

- Ruptura uterina.
 - Inversión uterina posparto.
 - Distocia de hombros (interposición de los hombros durante la expulsión fetal).
 - Embolia de líquido amniótico (líquido amniótico en los pulmones de la madre).
5. Habitualmente, durante el expulsivo se requiere la práctica de la episiotomía que posterior al parto deberá ser suturada y que sus posibles complicaciones pueden ser: desgarros perineales, que en casos extremos pueden incluir el esfínter externo del ano y recto, dolor, formación de hematomas, infecciones de la herida, dehiscencia de la sutura y, a largo plazo, fístulas rectovaginales.
6. Potencialmente un parto vaginal puede ser instrumentado, es decir, aplicando fórceps, espátulas o ventosas especialmente diseñadas para ayudar en aquellos casos que se requiere extracción fetal rápida durante el expulsivo. Sin embargo, se me ha explicado que los riesgos del empleo de estos instrumentos son principalmente los traumas de la cabeza fetal y los desgarros perineales en la madre.
7. Que si bien existen grupos de riesgos en donde es más frecuente que se presenten dichas complicaciones, eso no excluye el que puedan aparecer en mujeres sanas sin ningún riesgo obstétrico identificable. Por tanto, se me ha explicado que determinadas situaciones propias o no del embarazo son consideradas de alto riesgo obstétrico y perinatal tales como:
- Mayores de 38 y menores de 15 años.
 - Primíparas y grandes multíparas.
 - Obesidad y desnutrición.
 - Fumadoras y fármaco-dependientes.
 - Embarazos no deseados.
 - Embarazos con pocos o ningún control prenatal.
 - Cesáreas anteriores u otra cirugía uterina principalmente con placenta previa (riesgo de acretismo).
 - Embarazos múltiples.
 - Fetos macrosómicos (peso mayor de 4.000 gramos).
 - Fetos con bajo peso o retardo del crecimiento intrauterino.
 - Fetos con malformaciones congénitas/cromosómicas (en ocasiones pueden no ser evidenciables).
 - Presentaciones o situaciones fetales anómalas: podálica, cara, frente, bregma, transversa, oblicua.
 - Trastornos hipertensivos en el embarazo: hipertensión crónica o preeclampsia.
 - Diabetes antes o durante el embarazo.
 - Amenaza o trabajos de partos prematuros (menores de 38 semanas).
 - Oligohidramnios (disminución de líquido amniótico).
 - Polihidramnios (aumento de líquido amniótico).
 - Ruptura prematura de membranas.
 - Embarazo en pacientes con:

Abortos previos, antecedentes de esterilidad, anomalías congénitas de genitales, miomas uterinos, masas anexiales.

Enfermedades cardíacas, renales, hematológicas, neurológicas, hepáticas, metabólicas, inmunológicas, infecciosas, osteoarticulares o mentales.

Por lo tanto, en mi caso concreto por ser o presentar:
 entiendo que tengo un mayor riesgo de presentar dichas complicaciones.

8. La aparición de alguna de estas complicaciones puede conllevar la realización de una cesárea de urgencia y en algunos casos (hemorragias incontrolables) cesárea más histerectomía total o subtotal en procura de salvar mi vida o la de mi hijo. Si esto llegara a ocurrir, entiendo que se requiere anestesia y asumiré los riesgos inherentes a ella y a los derivados del propio acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

Escriba SÍ o NO en los espacios 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.

En tales condiciones

ACEPTO

Que el doctorrealice el control y la atención de mi trabajo de parto.

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESÁREA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 pacientede años

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor.....; C.C. N°:.....de; ginecólogo y obstetra con R.M. N°: me ha explicado la siguiente información sobre la operación CESÁREA.

1. La cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal y placentaria por vía abdominal.
2. El hecho de indicar una cesárea se debe a que las circunstancias actuales de mi embarazo y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo en cuanto al compromiso de la salud o muerte para la madre y el feto y, por lo tanto, no existe una mejor alternativa que ofrezca mayores garantías para mi futuro hijo y para mí. En mi caso concreto, las indicaciones son:
.....
3. La cesárea requiere anestesia _que será valorada y realizada por el servicio de anestesia- y, después de la extracción, atención por pediatría del recién nacido.
4. La cesárea no está exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que es una modalidad de parto), tales como: hemorragia, atonía uterina, desgarros y endometritis, que ocasionalmente pueden derivar en otras más graves, como trastornos de coagulación e infecciones generalizadas y, por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son infecciones de la herida, de la pelvis, hematomas superficiales o profundos de la piel o intraabdominales, adherencias, infecciones urinarias, lesiones de órganos vecinos - principalmente vejiga o intestinos-, deshiciencia y/o eventración pos quirúrgica.
5. Determinadas situaciones médicas generales pueden llevar un mayor riesgo de complicaciones durante o posteriores a la intervención, potencialmente serias para la madre y el feto con un mínimo porcentaje de muerte. Las más comunes son: hipertensión arterial, diabetes, convulsiones, asma, obesidad, malnutrición, edad menor de 15 o mayor de 38 años, anemia, alergias, cirugías abdominales previas, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.

Por lo tanto, por mi situación actual de:..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

6. Determinados **factores** son considerados de **riesgo obstétrico** para presentar **complicaciones** durante o posteriores a la intervención, potencialmente serias para la madre y el feto, tales como: preeclampsia, eclampsia, trastornos de coagulación, diabetes gestacional, embarazo múltiple, placenta previa, polihidramnios (aumento de líquido amniótico), oligohidramnios (disminución de líquido amniótico), retardo del crecimiento intrauterino, macrosomía fetal, defecto o infección fetal congénita, presentación de nalgas o situación transversa, ruptura prematura de membranas, prematuridad, embarazo prolongado, madre RH negativa, colestasis gravídica, cirugías uterinas previas (riesgo de acretismo de placenta) o patologías médicas o ginecológicas sobreimpuestas al embarazo.

Por lo tanto, por mi situación actual de:..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar complicaciones.

7. Como en toda intervención, existe un **riesgo de complicaciones intraoperatorias imprevistas e impredecibles** propias del embarazo, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud o del de mi hijo, tales como: acretismo placentario (invasión anormal de placenta al cuerpo del útero), rotura uterina, embolia de líquido amniótico (líquido amniótico a pulmones de la madre), inversión uterina, eclampsia (convulsiones en mujeres con hipertensión), hemorragias uterinas por atonía uterina, desgarros uterinos, nudos verdaderos de cordón, aspiración meconial, lesiones fetales por presentaciones anómalas.

8. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida o la de mi hijo.

Escriba SÍ o NO en los espacios 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 revocar 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una CESÁREA.

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO OBSTÉTRICO TERAPÉUTICO

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 cual solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La pacientede.....años

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:.....; identificado con C.C. N°.....de.....; ginecólogo y obstetra con R.M. N°: me ha explicado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación, un LEGRADO OBSTÉTRICO TERAPÉUTICO para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La intervención consiste en la extracción por vía vaginal de los restos del embarazo.
2. El principal propósito del legrado es limpiar la cavidad endometrial (parte interna del útero) de restos ovulares, es decir, trofoblasto/decidua/amnios/placenta/embrión/feto y de coágulos sanguíneos.
3. En algunos casos puede existir la alternativa de manejo médico del aborto con medicaciones que faciliten la expulsión de los restos del embarazo (misoprostol, mifepristone).
4. En algunos casos es necesario dilatar el cuello del útero o colocar el día anterior medicaciones o elementos (tallo laminario) que dilaten el cuello.
5. Muy ocasionalmente puede ser necesario realizar un segundo legrado para completar la evacuación, sobre todo en aquellos casos de: úteros grandes con pérdidas de embarazos mayores a las 10 semanas, sacos anembrionados o embriones o fetos muertos y retenidos, embarazos molares, obliteraciones importantes del orificio cervical interno del útero o en patologías uterinas.
6. De manera expresa.....autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio anatomopatológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).
7. El legrado obstétrico terapéutico requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
8. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo hasta de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente, tales como: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.

- *Hemorragias intra o posoperatorias* (con la posible necesidad de transfusión) o intervenciones quirúrgicas como laparotomías y/o histerectomía (exéresis del útero).
- *Infecciones 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).
- *Desgarros de cuello uterino.*
- *Formación poslegrado de sinequias* (adherencias entre las paredes del útero).

En algunos casos existe imposibilidad para la toma de muestras (principalmente en mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atrófico, con obliteraciones del orificio cervical externo o en pacientes con antecedentes de procedimientos o cirugías sobre el cuello o la vagina).

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o 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, 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice un LEGRADO UTERINO BIÓPSICO DIAGNÓSTICO.

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO UTERINO BIÓPSICO DIAGNÓSTICO

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts.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 espacios en blanco.

La paciente de años

C.C. N°: de

Y/o el señor/señora

C.C. N°: de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:....., identificado con C.C. N°.....de.....; ginecólogo obstetra con R.M. N°: me ha explicado la siguiente información sobre el LEGRADO UTERINO BIÓPSICO DIAGNÓSTICO.

1. El principal propósito del legrado uterino biópsico diagnóstico es obtener muestras de tejido endocervical y/o endometrial para su estudio histológico y así saber si existe un cáncer de endometrio, pólipo o trastorno funcional del tejido endometrial, del cuello del útero, o alguna otra entidad patológica de riesgo. Sin embargo, a veces puede ser de valor terapéutico para aliviar transitoriamente un sangrado uterino anormal y/o extirpar un pólipo endocervical, endometrial o un mioma submucoso.
2. Sólo puede ser realizado por vía vaginal, tomando material del endocervix (parte interna del cuello del útero) y del endometrio (parte interna del cuerpo del útero).
3. De manera expresa..... autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio anatomopatológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).
4. El legrado diagnóstico requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesiología.
5. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del: acto quirúrgico, anestesia o por la situación vital de cada paciente, tales como: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. 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:
 - *Perforación del útero o fondos de sacos vaginales* (principalmente en mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atróficos, úteros en retroversoflexión, obliteraciones del orificio cervical externo, pacientes con antecedentes de cirugías sobre el cuello o vagina, o en entidades malignas).

- *Hemorragias intra o posoperatorias* (con la posible necesidad de transfusión) o intervenciones quirúrgicas como laparotomías y/o histerectomía (exéresis del útero).
- *Infecciones 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).
- *Desgarros de cuello uterino.*
- *Formación poslegrado de sinequias* (adherencias entre las paredes del útero).

En algunos casos existe imposibilidad para la toma de muestras (principalmente en mujeres de edad avanzada con vagina, cuello o útero atrófico, con obliteraciones del orificio cervical externo o en pacientes con antecedentes de procedimientos o cirugías sobre el cuello o la vagina).

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o 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, 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice un LEGRADO UTERINO BIÓPSICO DIAGNÓSTICO.

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MARSUPIALIZACIÓN O LA EXÉRESIS DE GLÁNDULA DE BARTHOLINO

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 (Arts. 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 pacientedeaños

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:..... identificado con C.C. N°:.....de.....; ginecólogo y obstetra con R.M. N°:, me ha informado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación actual, una MARSUPIALIZACIÓN O LA EXÉRESIS DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La bartholinitis es un proceso inflamatorio de la glándula de Bartholino producto de la obstrucción de su drenaje secundario generalmente a un proceso infeccioso. Ello se puede manifestar en forma quística o como un proceso infeccioso agudo (absceso).
2. Su tratamiento quirúrgico puede ser realizado por medio de una MARSUPIALIZACIÓN, la cual consiste en la apertura de un orificio sobre la pared de la glándula con el fin de drenar su contenido, y la creación de un nuevo trayecto de drenaje, y la EXÉRESIS DE LA GLÁNDULA que consiste en la extirpación completa de la misma.
3. En mi caso concreto el planteamiento inicial es una.....
4. Ante la sospecha diagnóstica de.....
5. La marsupialización o exéresis de la glándula de Bartholino requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
6. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de: entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

7. De manera expresa.....autorizo a que el material obtenido sea enviado a estudio anatomopatológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco)
8. Las complicaciones propias de esta intervención son:
- *Hemorragias intra o posoperatorias* (con la posible necesidad de transfusión).
 - *Hematomas* (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o pared pélvica).
 - *Dispareunia* (dolor con las relaciones sexuales).
 - *Lesiones de órganos vecinos, principalmente vejiga.*
 - *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).
 - *Exéresis incompleta de la glándula por dificultades técnicas o médicas.*
9. A pesar de realizar esta cirugía, principalmente la marsupialización, es posible que en el futuro puedan presentarse nuevamente, persistiendo la sintomatología.
10. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o NO en los espacios 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIGADURA DE TROMPAS

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 espacios en blanco.

La pacientede..... años

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:....., identificado con C.C. N°:de.....; ginecólogo y obstetra con R.M. N°:....., me ha suministrado la siguiente información sobre la LIGADURA DE TROMPAS:

1. La intervención de ligadura de trompas consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.
2. Puede ser realizada por vía abdominal (laparotomía o minilaparotomía), por laparoscopia o, inusualmente, por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstétrica-ginecológica, la más frecuente acompañando a una cesárea.
3. En mi caso concreto se realizará por.....
4. Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0.5-1% de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.
5. Existen otros métodos de planificación familiar: condón, hormonales, dispositivo intrauterino.
6. Esta técnica requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
7. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de: entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
8. En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones:
Intraoperatorias: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos.
Posoperatorias: hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis,

infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias posquirúrgicas con dolor pélvico crónico, eventración (abertura de pared abdominal).

- 9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar tratamientos adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Escriba SÍ o NO en los espacios 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, puedo revocar 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 del tratamiento.

En tales condiciones, y con conocimiento de que el artículo 42 de la Constitución Política nacional establece que la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos,

ACEPTO

Que se me realice la LIGADURA DE TROMPAS.

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPORRAFIA ANTERIOR Y COLPOPERINEORRAFIA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 espacios en blanco

La pacientede..... años

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:.....; identificado con CC N°: de.....; ginecólogo y obstetra con R.M. N°:, me ha informado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación actual, una COLPORRAFIA ANTERIOR Y COLPOPERINEORRAFIA, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La colporrafia anterior y colpoperineorrafia consiste en la resección y sutura de la mucosa vaginal redundante en la pared anterior y posterior de la vagina.
2. La colporrafia anterior y colpoperineorrafia está indicada principalmente como tratamiento en: descensos o prolapsos de la pared anterior o posterior de la vagina (colpocele), uretra (uretrocele), vejiga (cistocele) y recto (rectocele). Igualmente, en casos de desgarros perineales y en algunos casos de incontinencias urinarias o como complemento de la histerectomía vaginal. El hecho de indicar este procedimiento se debe a que, en mi situación actual, no existe una mejor alternativa. En mi caso concreto, la indicación es:
3. La colporrafia y colpoperineorrafia requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
4. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de: entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
5. Las complicaciones propias de esta intervención son:

- *Hemorragias intra o posoperatorias* (con la posible necesidad de transfusión).
 - *Hematomas* (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
 - *Desgarros perineales con compromiso del esfínter del ano.*
 - *Dispareunia* (dolor con las relaciones sexuales).
 - *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga e intestinos.*
 - *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).
 - *Fístulas vesico-vaginales e intestinales* (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).
6. A pesar de haberse realizado esta cirugía es posible que en el futuro puedan presentarse nuevamente descensos o prolapsos de los órganos corregidos o incontinencia urinaria.
7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o NO en los espacios 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una COLPORRAFIA ANTERIOR Y COLPOPERINEORRAFIA

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOMECTOMÍA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 pacientedeaños

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:....., identificado con CC N°: de....., ginecólogo y obstetra con R.M. N°:..... me ha explicado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación, una MIOMECTOMÍA ABDOMINAL, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La miomectomía es la extirpación quirúrgica de uno o varios nódulos uterinos llamados miomas, preservando el útero.
2. Aunque en principio siempre el fin primordial es preservar el útero, ocasionalmente y debido al lugar donde se encuentran, a sus dimensiones y a la existencia de complicaciones intraoperatorias, fundamentalmente hemorragias, es necesario realizar una histerectomía (extirpación del útero).
3. A pesar de la extirpación de los miomas, es posible que en un futuro puedan aparecer otros miomas.
4. En casos de múltiples nódulos miomatosos y/o asociados a adenomiosis (endometriosis uterina), no se puede garantizar la extirpación total de los miomas, bien por su naturaleza, situación, por su pequeño tamaño o por hacer peligrar la integridad anatómica del útero.
5. De manera expresa.....autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).
6. La miomectomía requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
7. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas, del: acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad, alergias, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de:.....entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

8. Puede ser realizada por laparotomía o laparoscopia, según criterio médico.
9. Las complicaciones propias de esta intervención son:
 - *Hemorragias intra o posoperatorias* (con la posible necesidad de transfusión).
 - *Imposibilidad quirúrgica para realizar la miomectomía total o parcial.*
 - *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).
 - *Lesiones de órganos vecinos, principalmente porción cornual de las trompas de falopio, vejiga, uréter e intestinos.*
 - *Hematomas* (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
 - *Abertura de cavidad uterina con riesgo de sinequias intrauterinas y/o fístulas (comunicaciones anómalas) entre útero y vejiga, vagina o recto.*
 - *Adherencias pélvicas que pueden comprometer mi futuro reproductivo.*
 - *Eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas.*

Por lo tanto, por mi situación actual de:.....entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
10. En determinadas circunstancias pueden existir otras opciones de tratamientos (análogos de la GnRH, progestágenos) y quirúrgicos (embolizaciones, laparoscopia, histerectomía), los cuales me han sido explicados.
11. Si me llegaran a extirpar el útero (histerectomía), hay ausencia de menstruaciones y no es posible que consiga un embarazo.
12. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales, o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una MIOMECTOMÍA ABDOMINAL.

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 pacientede..... años

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:, identificado con CC N° de....., ginecólogo y obstetra con R.M. N°:....., me ha informado que debido a que las exploraciones efectuadas: examen clínico, ecografía, rayos X, TAC, RMN u otras pruebas no han llegado a realizar un diagnóstico correcto, es necesario/conveniente realizar, por mi situación actual, una LAPAROTOMÍA EXPLORADORA, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La laparotomía consiste en la apertura de la cavidad abdominal y revisión directa de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos, se decidirá el tipo de intervención, que podrá ser:
 - Tomas biópsicas.
 - Extirpación de masas sólidas o quísticas sobre el útero, ovarios, trompas u otro lugar abdomino-pélvico si fuese necesario.
 - Extirpación de todo el aparato genital (anexo-histerectomía abdominal total).

En mi caso concreto el planteamiento inicial es..... Ante la sospecha diagnóstica de.....
2. De manera expresa.....autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).
3. La laparotomía exploradora requiere anestesia, que será valorada y administrada por el servicio de anestesia.
4. 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 derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual

de:.....entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones

5. Las complicaciones propias de esta intervención son:

- *Hemorragias intra o posoperatorias* (con la posible necesidad de transfusión).
- *Hematomas* (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
- *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).
- *Descenso o prolapso de la cúpula vaginal si se realizara histerectomía.*
- *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.*
- *Fístulas vesico-vaginales e intestinales* (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).
- *Eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas.*

6. Si se me realiza una histerectomía hay ausencia de menstruaciones y no es posible conseguir un embarazo. Además, si me llegaran a extirpar los ovarios, es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia.

7. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o NO en los espacios 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE UNA MASA EN LA REGIÓN ANEXIAL

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 pacientedeaños

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:, identificado con C.C. N° de....., ginecólogo y obstetra con R.M. N°:, me ha informado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación actual, la CIRUGÍA DE UNA MASA EN LA REGIÓN ANEXIAL (ovarios, trompas) para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. Que las masas anexiales más frecuentes son: en el ovario; quistes o tumores sólidos como por ejemplo quistes dermoides, endometriomas o cistoadenomas. En las trompas; embarazos ectópicos, hidrosalpinx o quistes del paraooforo.
2. La cirugía consiste en la extirpación de la masa por medio de quistectomía si ésta es quística, o tumorectomía si es sólida, tratando de respetar total o parcialmente el lugar donde se encuentra (ovarios, trompas).
3. La cirugía puede ser realizada por laparotomía o video-laparoscopia. En mi caso concreto se realizará por..... ante la sospecha diagnóstica de:.....
4. Aunque en principio siempre se intentará la extirpación únicamente de la masa preservando al máximo el ovario o la trompa, ésto no siempre es posible, ya que hallazgos operatorios, edad de la paciente, antecedentes, tamaño del tumor, naturaleza del mismo al examen ecográfico o macroscópico durante la cirugía, cantidad de ovario restante y otros hallazgos pélvicos asociados, pueden aconsejar o hacer necesaria una ooforectomía (extirpación del ovario), salpinguectomía o salpingostomía (extirpación o abertura de la trompa), salpingo-ooforectomía uni o bilateral (extirpación total del ovario y la trompa) y en algunos casos anexo histerectomía total (extirpación de ovarios, trompa y útero). Por lo tanto, autorizamos plenamente al doctor, a tomar la decisión que crea más conveniente o necesaria, variando o ampliando la técnica programada en principio, habiendo quedado bien claras para mí las consecuencias de cada tipo de intervención.
5. Aunque los hallazgos físicos y pruebas complementarias apunten hacia una masa benigna, la pieza se someterá a estudio anatomopatológico posterior para su diagnóstico definitivo. Según el resultado, puede

existir la posibilidad de una nueva reintervención o la posibilidad de recidivas en un futuro que dependerán de la naturaleza del proceso.

6. De manera expresa autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).
7. La extirpación de una masa anexial requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
8. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de:..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
9. Las complicaciones propias de esta intervención son:
 - *Hemorragias intra o posoperatorias* (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).
 - *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.*
 - *Hematomas* (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis).
 - *Descenso o prolapso de la cúpula vaginal si se realizara histerectomía.*
 - *Eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas.*
10. Si me llegaran a extirpar los ovarios es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia. Además, la extirpación de los ovarios, trompas o útero implica que las posibilidades de tener hijos requerirán ayuda médica por técnicas de reproducción asistida.
11. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o NO en los espacios 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice la EXTIRPACIÓN DE UNA MASA ANEXIAL

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMÍA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 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 pacientedeaños

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor;..... identificado con C.C. N°:de....., ginecólogo y obstetra con R.M. N°:..... me ha explicado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación, una HISTERECTOMÍA para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La histerectomía consiste en la extirpación del útero o matriz. Puede ser realizada por vía abdominal con o sin cuello uterino (total o subtotal) y puede llevar asociada la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) uni o bilateralmente según la edad, patologías asociadas y criterio médico en el momento de la intervención; en estos casos, la cirugía se denomina anexo histerectomía. Igualmente, puede ser realizada por vía vaginal. En mi caso concreto, el planteamiento quirúrgico inicial es una
2. Si bien la vía abdominal por laparotomía es la más frecuente, actualmente según determinadas condiciones puede ser realizada por video laparoscopia.
3. La histerectomía está indicada principalmente como tratamiento en patologías uterinas sintomáticas como miomas, sangrado uterino anormal persistente, prolapsos o descensos genitales (vía vaginal) y en algunos estadios de cáncer en el tracto genital o en entidades ginecológicas con riesgo de ello. El hecho de indicar este procedimiento se debe a que en mi situación actual no existe una mejor alternativa. En mi caso concreto, la indicación es.....
4. De manera expresa..... autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).
5. La histerectomía requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
6. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del

compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente:

mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de:.....entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

- 7. Las complicaciones propias de esta intervención son:
 - *Hemorragias intra o posoperatorias* (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).
 - *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.*
 - *Hematomas* (acumulación de sangre coagulada): *sobre la herida, en la pelvis o sobre la cúpula vaginal* (lugar de cierre que comunica la pelvis con vagina).
 - *Fístulas vesico-vaginales e intestinales* (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina).
 - *Descenso o prolapso de la cúpula vaginal.*
 - *Eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas.*
- 8. Posterior a la histerectomía, hay ausencia de menstruaciones y no es posible que consiga un embarazo. Además, si me llegaran a extirpar los ovarios, es posible que me aparezcan signos y síntomas de menopausia.
- 9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba SÍ o NO en los espacios 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 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.

En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una HISTERECTOMÍA

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VIDEO-LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts.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 pacientede años

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:....., identificado con C.C. N° de....., ginecólogo y obstetra con R.M. N°:, 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 CO₂. 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 el considere necesarias

- Sólo 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 biópsicas de peritoneo, ovarios u otros órganos abdominales ()
- Salpingectomía 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 o 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 posteriores a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas 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.*
 - *Enfiseema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.*
 - *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter e intestinos.*
 - *Hemorragias intra o posoperatorias (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 implica que las posibilidades de tener hijos requerirán 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 SÍ o 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.
En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una LAPAROSCOPIA

Firma paciente

Firma testigo

Firma médico

Ciudad y fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VIDEO-HISTEROSCOPIA GINECOLÓGICA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por 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 (Arts. 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 pacientede años

C.C. N°:de

Y/o el señor/señora

C.C. N°:de

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor:....., identificado con C.C. N° de....., ginecólogo y obstetra con R.M. N°:....., me ha informado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación actual, una VIDEO-HISTEROSCOPIA, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La video-histeroscopia consiste en ingresar a la cavidad uterina a través del cuello del útero con instrumental especial (histeroscopio), visualizando su parte interna por medio de un monitor de televisión con la ayuda de medios de distensión líquidos o gaseosos. Según los antecedentes, clínica, estudios previos y criterio médico, se decidirá el tipo de histeroscopia, que podrá ser:

- Video-histeroscopia diagnóstica
- Video-histeroscopia diagnóstico-quirúrgica
- Video-histeroscopia 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:

- Sólo informe diagnóstico ()
- Extirpación de masas intrauterinas como pólipos o miomas con compromiso submucoso ()
- Lisis de adherencias intrauterinas o sinequias ()
- Resección de septos uterinos en anomalías uterinas congénitas ()
- Ablación endometrial ()
- Retiro de dispositivo intrauterino ()
- Tomas biópsicas de endometrio ()
- Otras.....

2. De manera expresa..... autorizo que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba SÍ o NO en el espacio en blanco).
3. No obstante la extirpación de un pólipo, mioma submucoso o la lisis de adherencias es posible que en un futuro puedan aparecer otras nuevas lesiones o persistir la sintomatología.
4. La histeroscopia requiere anestesia, que será valorada por el servicio de anestesia.
5. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas 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:
 - Hemorragias intra o posoperatorias (con la posible necesidad de transfusión).
 - Neumoperitoneo.
 - Perforación uterina.
 - Intoxicación hídrica.
 - Lesión de órganos vecinos principalmente intestinos y vejiga.
 - Edema pulmonar.
 - Embolismos aéreos.
 - Infecciones pélvicas (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
7. 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 SÍ o 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.
 En tales condiciones,

ACEPTO

Que se me realice una HISTEROSCOPIA

Firma paciente

Firma testigo.

Firma médico

Ciudad y fecha

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González J. Atlas de operaciones ginecológicas. España: Salvat Editores. 1984.
2. De Lorenzo y Montero J M, De Lorenzo y Montero R, Ladrón de Guevara J y cols. Aspectos médicos legales en ginecología y obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. España: Doyma Editores. 1997.
3. Bolívar P. El consentimiento informado en la práctica de los profesionales de la salud. Revista Colombiana de Responsabilidades Médico Legal 1999; 3: 9-17.
4. Ley 23 de febrero 18 de 1981. Congreso de Colombia.
5. Manrique JI. Aspectos característicos de responsabilidad Médico legal, revisión de 100 casos. Bogotá: junio de 1999 a julio de 2000. Médico-Legal 2000; 3: 22-47.
6. Nezhat C. Operative Gynecologic Laparoscopy. 2a ed. Estados Unidos de América: McGraw-Hill. 2000.
7. Tovell H, Leonard D. Operaciones ginecológicas. Salvat editores; 1981.
8. Sarmiento A, Carrillo M. Implicaciones obstétricas de la asfixia perinatal. En: Controversias en ginecología y obstetricia 1996; 1: 7-12.