

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA  
CIRUGÍA DEL QUISTOMA OVÁRICO**

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**

**Cirugía del Quistoma Ovárico**, un quiste es una colección líquida rodeada por una cápsula. Es una situación hallada frecuentemente en el ovario, y puede ser de variados orígenes, desde connatales, otros debidos al funcionamiento del ovario, hasta tumorales.

Aunque su detección más frecuente es por tacto vaginal, son la ecografía y exámenes de laboratorio los que permiten evaluar su causa y evolución futura. Si el quiste es de causa funcional, y su tamaño es pequeño, se adoptará conducta no operatoria (sólo vigilancia, o tratamiento hormonal), y en pocos casos llegará a la operación (si no desaparece en un tiempo prudente).

Si los exámenes indican un quiste benigno no tratable (endometriosis, teratoma o quiste del párrafo anterior resistente al tratamiento), es aconsejable su operación para evitar una futura complicación aguda por rotura o torsión.

En el caso de sospecha de malignidad le será indicada su pronta operación con asistencia del anatómo-patólogo que efectuará una biopsia rápida para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer.

En las afecciones benignas se suele extirpar sólo el quiste, pero por dificultad operatoria hay ocasiones en que debe sacarse todo el ovario y raras veces, también la trompa de Falopio.

Si existe cáncer se elimina el máximo de estructuras a las que éste se pueda haber extendido: ambos ovarios y trompas, útero completo, parte superior de la vagina, epiplón y ganglios colectores de esta zona, que por ser una operación más extensa implica un aumento de sus riesgos. Las biopsias son las que guiarán el tratamiento futuro si es necesaria la quimioterapia o la irradiación para, si proceden, disminuir el peligro de reaparición.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, 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.

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:**

**Poco graves:**

- Sangramiento
- Dolor
- Infección local.

**Complicaciones graves, poco frecuentes:**

- Hemorragia masiva
- Lesión de órganos vecinos
- Trombosis venosas) son muy infrecuentes y es raro que requieran una nueva intervención.

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 la **Cirugía del Quistoma Ovárico** 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 CIRUGÍA PARA LA CIRUGÍA DEL QUISTOMA OVÁRICO,** 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)