

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE
HISTERECTOMÍA**

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 Histerectomía, la intervención consiste en la extirpación del útero con/sin cuello (Histerectomía total o subtotal). Asimismo, puede llevar asociadas la extirpación de los anexos (histerectomía con anexectomía uní o bilateral -ovarios y trompas-), según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención.

La cirugía de histerectomía es propuesta por el médico tratante luego de considerar el diagnóstico del paciente y la naturaleza de la enfermedad (benigna/maligna). La cirugía propuesta puede, según el caso, tener el carácter de curativa (curar la enfermedad), paliativa (curar parcialmente la enfermedad).

La histerectomía se puede realizar mediante una cirugía abdominal (por el abdomen), vaginal (por la vagina) o laparoscópica (mediante tubos que se introducen conectados a una cámara de video) y mixta.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesestesiólogo, 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.

La histerectomía supone la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía con anexectomía bilateral conlleva la instauración de la menopausia en mujer joven, necesitando terapia hormonal posteriormente, según indicación médica.

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 intraoperatorio 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 de esta intervención quirúrgica, pueden ser:**

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas).
- Hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o postoperatoria).
- Lesión a intestino, vejiga, uréter o vaso sanguíneo 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.
- Fístulas vesicovaginales e intestinales.
- Reintervención quirúrgica.
- Lesiones vasculares y/o neurológicas.
- Dolor pélvico causado por adherencias o por ovario residual.

A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias postoperatorias (abdominales), así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anexos.

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.

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.

Otra alternativa:

Existen alternativas a esta cirugía dependiendo del diagnóstico, tales como: dilatación cervical y legrado uterino, pesario para prolapso, miomectomía o terapia medicamentosa (hormonas, anti-hemorrágicos, anti-inflamatorios). Si requiere mayor información sobre ellas, no dude en solicitarla a su médico tratante.

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 **Histerectomía** 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 HISTERECTOMÍA, 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:	FECHA: ____/____/____	HORA:
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)