

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMÍA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Chile y de acuerdo a lo indicado por el Ministerio de Salud; 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.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se practicará.

La paciente.....de.....años
RUN N°.....Y/o el señor/señora.....
RUN N°.....En calidad de representante legal, familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el doctor.....identificado con
RUN N°.....Ginecólogo Obstetra, 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) uní o bilateralmente según la edad, patología 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 lo más frecuente, actualmente según determinadas condiciones puede ser realizadas por video laparoscopia.
3. La histerectomía, esta indicada principalmente como tratamiento en patologías Uterinas sintomáticas principalmente 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. La pieza extirpada será enviada para su estudio histológico, y se me informará de su resultado.
5. La histerectomía requiere anestesia, que será valorada y realizada por la Unidad de Anestesia.
6. 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 derivados 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 postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión).
 - Infecciones de heridas 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 principales 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 vesicovaginales e intestinales (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina)
 - Descenso o prolapso de la cúpula vaginal.
8. Posterior a la histerectomía, hay ausencia de menstruaciones y no es posible que consiga un embarazo. Además, si se extirpan los ovarios, es posible que 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.
10. Existen otras alternativas de tratamiento, a saber Miomectomía para miomas, pesario para prolapso, tratamiento hormonal o Histeroscopia terapéutica para hemorragias

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo, y el doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto.

También comprendo que, en cualquier momento y, puedo revocar este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo y en tales condiciones **ACEPTO** que se me realice una **HISTERECTOMÍA**.

Paciente: _____

Firma

Rut

Representante del paciente:

Rut

Firma

Nombre

Parentesco: _____.

Con esta fecha, yo _____ revoco mi consentimiento prestado anteriormente, asumiendo la responsabilidad de esta decisión, y en pleno conocimiento de las consecuencias de que esto se pueda derivar.

Firma: _____, Fecha: _____.

El profesional que suscribe, declara haber informado al paciente (o su representante) el diagnóstico, los procedimientos necesarios, el tratamiento indicado y sus eventuales riesgos.

Nombre

Rut

Firma

Ovalle, _____.