

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA VAGINAL

FECHA:.....

### DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha explicado que, mediante este procedimiento se pretende extraer el útero a través de la vagina. colocando la vejiga y el recto en su lugar de origen, los que también descienden con el útero, en caso de prolapso completo. El procedimiento se realiza abriendo la vagina, despegando la vejiga y el recto, para posteriormente seccionar los ligamentos del útero y los vasos sanguíneos uterinos, y fijando la vejiga y el recto. Así se corrige el prolapso y los síntomas que lo acompañan. En esta cirugía rara vez se extraen los ovarios, lo que podría realizarse de estar indicado.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

### BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende extirpar el útero por vía vaginal se afirmarán las estructuras pélvicas y la vagina corrigiendo el prolapso y sus síntomas como la incontinencia de orina, la constipación, la dispareunia y la sensación de pesadez en la vagina.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Aunque poco efectivos, en algunos grados de prolapso existe la posibilidad de reemplazar la cirugía por ejercicios o por el uso de soportes vaginales o pesarios.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser: 1. infección 2. hemorragia 3. hematomas. 4. las complicaciones derivadas de éste procedimiento son mucho menores que en la histerectomía abdominal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

### RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....  
.....



#### DECLARACION Y FIRMAS

- **DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MEDICO

Dr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

#### NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT: .....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

#### REVOCACION

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente .....)  
 REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT:.....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

