

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

OVARIO DERECHO OVARIO IZQUIERDO AMBOS OVARIOS

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

Extirpar y analizar histopatológicamente un quiste, definido como 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, y hasta los tumorales.

Características

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 cirugía (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 la cirugía 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.

Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intra operatorios, tales como la resección a otros órganos y/o modificaciones del procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado. 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 requerido para la operación será determinado por el cirujano y/o anestesista y se encuentra descrito en formulario consentimiento de Anestesia

Riesgos

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes a toda intervención y anestesia, como propios de este procedimiento. Poco graves: sangramiento, dolor o infección local. Las complicaciones graves (hemorragia masiva, lesión de órganos vecinos, trombosis venosas) son muy infrecuentes y es raro que requieran una nueva intervención.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe **CIRUGÍA DE QUISTOMA OVÁRICO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal