

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus parientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (Art.15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

La paciente de años

CC N°:.....de

El señor/señora CC N°:

en calidad de representante legal; familiar o allegado.

DECLARAN:

Que el Doctor identificado con CC de; Ginecólogo Obstetra con R.M Me ha explicado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación, una **HISTERECTOMIA** 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) uni o bilateralmente según: la edad, patologías 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 realizada 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. Dé manera expresa autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba Sí ó NO en el espacio en blanco)
5. La Histerectomía requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio 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 cardiacas, 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 la herida> 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 principalmente 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 ia cúpula vaginal.*
 - *Eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas*

8. Posterior a la histerectomía, hay ausencia de menstruaciones y no es posible que consiga un embarazo. Además, si me llegaran a extirpar los ovarios, es posible que me 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.

Escriba **SI** ó **NO** en los espacios en blanco punteado

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo

El Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto

También comprendo que en cualquier momento puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al Doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con ia información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

Y en tales condiciones

ACEPTO

Que se me realice una **HISTERECTOMIA**

Firma Paciente

Firma Testigo

Firma Médico

Ciudad y Fecha