

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA VAGINAL**

**INTRODUCCIÓN**

**Apreciado Usuario:**

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital Universitario San Ignacio. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas.

En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

**INFORMACIÓN GENERAL**

**¿QUÉ ES LA HISTERECTOMÍA VAGINAL?**

La histerectomía vaginal consiste en la extirpación del útero o matriz a través de la vagina. Puede llevar asociada la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) uni o bilateral según la edad, las patologías asociadas y el criterio médico; en estos casos, la cirugía se denomina anexo histerectomía.

**¿EN QUÉ CASOS ESTÁ INDICADA?**

La histerectomía está indicada principalmente como tratamiento enfermedades uterinas sintomáticas tales como: miomas, sangrado uterino anormal persistente, prolapsos o descensos genitales y en algunos estadios de cáncer en el tracto genital o en entidades ginecológicas con riesgo de ello.

En mi caso concreto, la indicación de la histerectomía es:

---

**¿CUÁLES ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EXISTEN?**

En algunos casos puede existir la alternativa de manejo médico con medicamentos u otros procedimientos quirúrgicos alternativos según sea la patología o el caso en particular.

**¿CÓMO SE HACE EL PROCEDIMIENTO?**

Bajo anestesia, por vía vaginal, previa asepsia y antisepsia, se extirpa quirúrgicamente el útero y en algunos casos también los anexos (Ovarios y

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA VAGINAL**

Trompas de Falopio). Es de anotar que una vez realizada la histerectomía, no habrá menstruación ni posibilidad de lograr un embarazo.

**¿CUÁLES PODRÍAN SER LAS COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA VAGINAL?**

Como en toda intervención médica, existe riesgo de complicaciones que suceden durante o después de la operación, derivadas del acto quirúrgico o dependientes del compromiso del estado de salud particular de cada persona (hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardiacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o várices.) no todas previsibles ni prevenibles.

Dentro de las complicaciones específicas que podrían suceder en éste procedimiento se encuentran:

1. Hemorragias intra o postoperatorias con la posibilidad de requerir transfusión o intervenciones quirúrgicas adicionales para su adecuado control, incluida la ligadura de arterias hipogástricas.
2. Infecciones pélvicas o urinaria. A pesar de la asepsia y antisepsia estrictas previas a la cirugía, en muy raras ocasiones pueden presentarse infecciones severas con compromiso del estado de salud; son más frecuentes las infecciones pélvicas o de la orina con mínimo riesgo que pueden necesitar tratamientos adicionales.
3. Otras complicaciones no siempre previsibles e infrecuentes son:
  - Reacciones alérgicas a los medicamentos.
  - Hemorragia intra-operatoria que en ocasiones necesita empaquetamiento abdominal a través de una incisión agregada en el abdomen y transfusión de sangre,
  - Retención urinaria postoperatoria.
  - Lesión de la vejiga, del uréter o intestino; circunstancias que implican tratamientos adicionales (sutura de la vejiga, reimplante vésico-ureteral, colostomía) por el riesgo de peritonitis.
  - Hematoma o absceso de cúpula vaginal, infección de la herida,
  - Trombosis venosa, tromboembolismo pulmonar, atelectasia pulmonar, entre otras.
  - Fistula vesico o recto vaginal. Es una complicación que causa incontinencia urinaria o infecciones urinarias persistentes y que precisan tratamientos quirúrgicos posteriores.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista el hospital procederá con los medios y recursos necesarios para su adecuado control.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA VAGINAL**

**AUTORIZACIÓN**

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado y el médico que me ha atendido me ha permitido expresar todas mis observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir, en especial las siguientes:

---

---

---

---

---

También he sido informado que durante el acto quirúrgico, procedimiento o tratamiento se pueden presentar imprevistos que hagan al equipo médico variar la técnica o plan de manejo programado. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure mi identidad. En el mismo sentido he sido informado que este Hospital es un centro docente y que participaran en mi atención profesionales en entrenamiento, bajo supervisión del grupo de especialistas del servicio.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

En caso de ocurrir alguna complicación, el Hospital procederá con los medios y recursos que se requieran para su control, intentando minimizar en lo posible sus consecuencias.

Yo \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

• He comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico \_\_\_\_\_ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECOMIA VAGINAL**

- La cirugía descrita está aceptada por la especialidad \_\_\_\_\_ como la mejor alternativa para solucionar mi problema y no existe una contraindicación especial para su realización.
- He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
- He informado al médico \_\_\_\_\_ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los restantes cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.
- Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Así pues, de forma voluntaria, doy mi consentimiento:

• Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención y para que asista el personal autorizado.  SI  NO

• Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.  SI  NO

• Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares.  SI  NO



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN IGNACIO**

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

**GESTIÓN ASISTENCIAL INTEGRAL**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CÓDIGO:GAI-R-199**

**VERSIÓN:01**

**APROBADO:30/04/14**

**PÁGINA 5 DE 5**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECOMIA VAGINAL**

- Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados.  SI  NO

**Firmas**

Paciente \_\_\_\_\_

Acudiente o tutor \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**COPIA CONTROLADA**