

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

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 UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL?

Es una intervención quirúrgica que consiste en extirpar el útero (o matriz) por vía abdominal.

¿EN QUÉ SITUACIONES ESTÁ INDICADA?

Las razones más frecuentes son: miomatosis uterina, sangrado uterino anormal y persistente, dolor pélvico crónico, cáncer del cuello del útero y cáncer de endometrio.

Es importante aclarar que este procedimiento quirúrgico puede o no acompañarse de la extirpación de los ovarios y trompas uterinas, lo que se denomina salpingo-ooforectomía uní o bilateral.

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

¿CÓMO SE HACE UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL?

Es un procedimiento que necesita hospitalización y anestesia general o regional. Antes de iniciar se administra un antibiótico preventivo por vía endovenosa cuyo objetivo es disminuir la posibilidad de infección del sitio operatorio.

Los pasos siguientes incluyen rasurar la zona de la intervención, lavar el abdomen y la pelvis con jabón quirúrgico, antes de incidir la piel por debajo del ombligo en sentido vertical o por encima del pubis en sentido horizontal, para cumplir con la extracción del útero.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

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

¿CUÁLES PODRÍAN SER LAS COMPLICACIONES DE UNA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL?

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

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

- Infección, hematoma o dehiscencia de la herida quirúrgica.
- Hematoma o absceso de la cúpula vaginal
- Hemorragia intra o postoperatoria: con la posibilidad de requerir transfusión o intervenciones quirúrgicas adicionales para adecuado control.
- Infecciones pélvicas o urinarias.

Otras complicaciones infrecuentes son:

- Reacciones alérgicas a los medicamentos.
- 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.
- Trombosis venosa, tromboembolismo pulmonar, atelectasia pulmonar, entre otras.
- Fistula vesico o recto vaginal (comunicación anormal entre la vagina y la vejiga o el recto). 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.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

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.
- 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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA ABDOMINAL

- 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
- Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados. 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 HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Firmas

Paciente _____

Acudiente o tutor _____

Médico _____

Testigo _____

COPIA CONTROLADA