

CONSENTIMIENTO INFORMADO HISTERECTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

| Paciente | DNI | Firma | Fecha |
|----------|-----|-------|-------|
| | | | |

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO La intervención consiste en la extirpación del útero con/sin cuello (histerectomía total o subtotal). Asimismo puede llevar asociadas la extirpación de los anejos (histerectomía con anexectomía uni o bilateral -ovarios y trompas-), según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención.
La histerectomía se puede practicar por vía vaginal, abdominal, laparoscópica y mixta.
En mi caso se practicará preferentemente por vía
En mi caso concreto, el tipo de histerectomía que se programa será

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN Se pretende con este procedimiento, la extirpación del útero y/o ovarios y la mejoría clínica de la sintomatología de la paciente.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO Me ha sido explicada la existencia de otras posibles opciones terapéuticas, por ejemplo: miomectomías para miomas, pesario para prolapso, tratamiento hormonal para hemorragias y endometriosis...

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN Se está sometiendo a riesgos razonables inherentes a toda anestesia y acto quirúrgico en sí mismo. La histerectomía supone la no posibilidad de tener hijos así como la ausencia de menstruaciones.
La histerectomía con anexectomía bilateral conlleva la instauración de la menopausia en mujer joven, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO Habrá persistencia o agravamiento de los síntomas actuales o aparición de otros nuevos. Será preciso recurrir a otros procesos terapéuticos.

RIESGOS FRECUENTES Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.
Las complicaciones específicas de la histerectomía pueden ser:

1. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas....).
2. Hemorragias y/o hematomas con la posible necesidad de transfusión (intra y/o postoperatoria).
3. Lesiones vesicales, ureterales y/ o uretrales.
4. Lesiones intestinales.
5. Fístulas vesicovaginales e intestinales.
6. Reintervención quirúrgica.
7. Lesiones vasculares y/o neurológicas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO HISTERECTOMIA

RIESGOS EN FUNCION DE LA
SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

ACLARACIONES
(SÓLO PARA LLENAR POR EL
MÉDICO)

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **HISTERECTOMIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/Sra..... DE AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **HISTERECTOMIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO
FIRMA Y SELLO MÉDICO