

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMÍA

Consiento que el/la doctor/a como cirujano/a y sus ayudantes me realicen una Histerectomía como tratamiento para.....

Entiendo que ésta cirugía consiste básicamente en la extirpación del útero, con o sin cuello, lo que supone imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía puede llevar asociada la extirpación de anexos (ovarios y trompas) según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención. Al extirpar los ovarios se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

Ésta operación puede realizarse por vía laparoscópica, vaginal o abdominal (apertura quirúrgica en el abdomen). Entiendo que si se inicia la cirugía por vía laparoscópica o vaginal, ante los hallazgos y/o circunstancias del acto quirúrgico, existe la posibilidad de que el cirujano se vea en la necesidad de proceder a continuar la misma por vía abdominal dependiendo del criterio médico.

Se me ha explicado y entiendo que no es posible garantizar resultado alguno, pues la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta, debiendo mi médico/a colocar todo su conocimiento y pericia para intentar obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamientos, por ejemplo: miomectomía para miomas (sacar sólo el tumor), tratamiento hormonal para hemorragias o endometriosis (medicación vía oral o inyectable) y en mi caso particular

Entiendo que esta cirugía me dejará con una incapacidad permanente de tener hijos, y acepto la infertilidad inducida por ello. En caso de que sea necesario extirparme los ovarios, acepto las consecuencias de la ausencia de hormonas que ellos producen.

Entiendo que éste procedimiento requiere anestesia, la cual se evaluará y realizará por el Servicio de Anestesia.

Entiendo que como toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar médico, se pueden presentar complicaciones poco comunes y potencialmente serias, que podrían requerir de tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes de la histerectomía: náuseas, vómitos, dolor, inflamación, hematomas (acumulación de sangre) en piel o cúpula vaginal, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas en piel y/o vagina (reacción a cuerpo extraño), queloides (crecimiento excesivo de la cicatriz), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragia con posible necesidad de transfusión sanguínea (intra o postoperatoria), infecciones con posible evolución febril (absceso de cúpula vaginal y/o pared abdominal), íleo paralítico (acumulación de gases y líquido en el intestino), reacciones alérgicas, anemia, heridas o quemaduras por bisturí eléctrico involuntarias, adherencias, fístulas (escape involuntario de orina o materia fecal por vagina), prolapsos (descenso de la cúpula vaginal), obstrucciones en los uréteres (conductos que llevan la orina del riñón a la vejiga), lesiones en vejiga. La posibilidad de complicaciones severas, pero infrecuentes, como pelviperitonitis (infección generalizada en el abdomen), ligadura de uréter



con pérdida renal, heridas u obstrucción de los vasos ilíacos con compromiso de la circulación de la pierna, trombosis (formación de coágulos) y muerte.

En mi caso particular, el/la doctor/a me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:.....

He entendido los cuidados que debo tener antes y después de la cirugía, estoy satisfecha/o con la información brindada por el/la médico/a tratante, quien lo ha hecho en lenguaje claro y sencillo, me ha dado la oportunidad de preguntar y evacuar dudas, y todas ellas han sido resueltas. Además, entiendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conlleva éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

En tales condiciones autorizo que se me realice HISTERECTOMÍA.

.....
FIRMA DEL PACIENTE

.....
ACLARACIÓN

.....
DNI

.....
CIUDAD Y FECHA

REVOCABILIDAD:
Habiendo comprendido lo informado por escrito y verbalmente, y estando en pleno uso de mis facultades; manifiesto que en uso de mis derechos como Responsable, NO otorgo consentimiento para:
- Que se realice el procedimiento asumiendo los riesgos que se deriven de mi decisión.

.....
Firma del padre/madre o Responsable Firma Testigo
DNI Nº:.....