

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	HISTERECTOMIA
Página 25 de 2	13

En _____ a _____ de _____ de 20____
(Lugar y fecha)

(Nombre de la paciente)

Consiento en que el (la) doctor (a) _____
como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe, me realicen HISTERECTOMÍA como
tratamiento para: _____

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la extirpación del útero con o sin el cuello, lo que supone la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía puede llevar asociadas la extirpación de los 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. Esta cirugía puede realizarse por: vía laparoscópica, vía vaginal, o comúnmente vía abdominal (apertura quirúrgica en la cara anterior del abdomen). Entiendo que si se inicia la cirugía vía vaginal, ante los hallazgos o circunstancias de la cirugía, existe la posibilidad de que el cirujano se vea en la necesidad de proceder a continuar 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 son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado. También he entendido que existen otros tipos de tratamientos, por ejemplo: miomectomía para los miomas (sacar solo el tumor), tratamiento hormonal para hemorragias o endometriosis (dar medicamentos tomados o inyectados) y en mi caso particular:

los cuales no acepto y voluntariamente he elegido HISTERECTOMÍA.

Entiendo claramente que esta operación me dejará con una permanente incapacidad para tener hijos, y acepto la infertilidad producida por ella y en caso de que sea necesario extirparme los ovarios acepto las consecuencias de la ausencia de las hormonas que ellos producen.

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior en: _____
en siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	HISTERECTOMIA
Página 26 de 2	13

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar de mi médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir de tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes de la histerectomía: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas en piel o en vagina (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas, sobre todo en la cúpula vaginal (acumulación de sangre), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (abscesos de cúpula, urinarios, de pared abdominal, pélvicas, reacciones alérgicas, íleo paralítico (acumulación de gases y líquido en el intestino) y anemia, heridas o quemadura por bisturí eléctrico involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos o para solucionar problemas tardíos como dolor pélvico, adherencias, fístulas (escape involuntario de orina o materia fecal por la vagina), eventración (hernias en la cicatriz), prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, quistes en los ovarios (cuando se conservan los anexos) y obstrucciones en el uréter (conducto que lleva la orina hasta la vejiga). La posibilidad de complicaciones severas como pelviperitonitis (infección generalizada en el abdomen), ligadura de uréter con pérdida renal, heridas u obstrucción de arteria ilíaca con compromiso de la circulación de la pierna (amputación), trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, representan un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

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

Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después de la cirugía, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas, y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice HISTERECTOMÍA.

Paciente

Testigo

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____