# **Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Historia Clínica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción.

**ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE APLICA**

Los riesgos, beneficios, alternativas aplican para los procedimientos de ginecobstetricia vaginal tales como: **Histerectomía Vaginal, Legrado Uterino, Escisión Pólipo Pediculado, Legrado Uterino Ginecológico, Colporragia anterior y posterior,** Y el o los procedimientos que se van a realizar a la pacientes son los marcados con la letra X frente a las siguientes opciones:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Histerectomía Vaginal** |  | **Legrado Uterino obstétrico** |  | **Escisión Pólipo Pediculado** |  |
|  | | | | | |
| **Legrado Uterino Ginecológico** |  | **Colporragia anterior y posterior** |  | **Otro: Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

**DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS GINECOLOGICOS VIA** VAGINAL

1. Histerectomía Vaginal extracción por vía vaginal del útero dado complicaciones ginecobstetricias.
2. Legrado Uterino Ginecológico procedimiento quirúrgico para disminuir procesos de sangrado vaginales producidos por la alteración en el endometrio sirve como diagnóstico de patologías malignas o benignas del útero.
3. Legrado Uterino obstétrico def permite extraer coágulos o restos ovulares posterior a la pérdida de un embarazo por medio del canal vaginal.
4. Colporragia anterior y posterior procedimiento quirúrgico en el que se corta ( resección ) y sutura la mucosa vaginal para mejorar la función de la vejiga en prolapso genital y infecciones vaginales
5. Escisión Pólipo Pediculado en Cuello Uterino cortar vía quirúrgica vaginal masa o colección en cuello uterino bueno o malo

**RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

1. Infección de orina o la vejiga (cistitis).
2. lesión de órgano vecino
3. necesidad de unidad de cuidados intensivos
4. hospitalización prolongada hemorragias graves en el momento de la intervención que puede llegar a precisar transfusión sanguínea
5. daños quirúrgicos a la vejiga o uréteres (los tubos estrechos que conducen la orina de los riñones a la vejiga) u otros órganos en la vecindad que requiera la colocación de sonda vesical por tiempo prolongado o múltiples   re intervenciones posteriores riesgos de fistulas (comunicación entre órganos vagina – vejiga, vagina - recto   o la cúpula vaginal con la vagina vejiga o recto
6. Secundario al procedimiento quirúrgico se puede presentar problemas obstructivos intestinales
7. Riesgo de incontinencia urinaria oculta
8. Dolor pélvico crónico posteriores al procedimiento
9. Riesgo de muerte con el procedimiento
10. **En caso de parto vaginal:** Desgarros perineales: es probable que la vagina y los tejidos circundantes se desgarren, pueden sanar por si solo o necesitar puntos de sutura

**RIESGOS PARA EL BEBE: DIFICULTAD RESPIRATORIA POR** problemas **con el cordón umbilical**: el cordón umbilical puede quedar atrapado en un brazo o pierna a medida que él bebe se mueve a través del canal de parto.

**frecuencia cardiaca anormal del bebe**: muchas veces una frecuencia cardiaca anormal durante el trabajo de parto no significa problema, se puede solucionar con cambio de posición para mejorar el flujo de sangre, si es un problema mayor puede requerir cesárea de emergencia o realizar episiotomía.

**asfixia perinatal**: ocurre cuando el feto no recibe suficiente oxígeno en el útero o él bebe no recibe suficiente oxigeno durante el trabajo de parto o justo después de nacer.

**distocia de hombros**: en esta situación la cabeza del bebe ha salido de la vagina, pero uno de sus hombros se ha atascado puede causar generar fractura de escapula

**RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

**1.** Persistencia de alteración de ciclos menstruales

2. Infecciones vaginales a repetición

3. Infecciones urinarias a repetición

4. Deterioro de su clase funcional sexual y reproductiva

5. infertilidad

s

**RIESGOS PERSONALIZADOS:**

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

**BENEFICIOS**

**1**.Disminuir patologías que afecta la salud sexual y reproductiva de la mujer

2. Prevenir enfermedades de patología benigna o maligna ginecológica

3. Mejora la calidad de vida y aceptación personal

4. Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Procedimiento** | **Alternativa de tratamiento** |
| Histerectomía Vaginal | Farmacológico, legrado útero de histerectomía abdominal |
| Legrado Uterino obstétrico | Farmacológico (misoprostol) Según Edad gestacional, Hallazgos ecográficos |
| Escisión Pólipo Pediculado | Extracciones masa de cuello no hay más opciones |
| Colporragia anterior y posterior | No existen opciones farmacológicas |
| Legrado Uterino Ginecológico | Farmacológico |

**¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad e identificado con CC. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Medico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FISICA.**

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como responsable del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente** |  |  |  |
| **Medico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA VITAL**

En casos de urgencia o emergencia, en los que se requiera intervención inmediata, y que la no realización del procedimiento requerido implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente, y éste no se encuentre en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su familiar, o quien se encuentre a su cuidado.

En los casos antes mencionados, el profesional médico o especialista deberá brindar toda la información a familiares, acompañantes o tutores, quienes deberán firmar en representación del usuario. En caso de paciente sin acompañante o sin red de apoyo, firmará el medico más un testigo.

Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como testigo de la atención del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teniendo la calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Acudiente o responsable del paciente si existe** |  |  |  |
| **Profesional o testigo** |  |  |  |
| **Médico o profesional que realiza el procedimiento** |  |  |  |

**DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.**

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **IDENTIFICACIÓN** | **FIRMA O HUELLA** |
| **Paciente** |  |  |  |
| **Acudiente o responsable del paciente** |  |  |  |
| **Medico o profesional asistencial** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO:** |
| 1.Dieta normal baja en grasas y azucares rica en fibras  2. Ejercicio de piso pélvico  3.Toma de medicamentos analgésicos o antibióticos  4. Control posoperatorio en un plazo de 10 días |