

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REVISIÓN QUIRÚRGICA PUERPERAL

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La revisión quirúrgica después del parto es un procedimiento que se hace cuando hay problemas tras dar a luz, es decir, si quedan restos de la placenta en el útero, si hay hemorragias que no dejan de sangrar, infecciones o sospechas de lesiones en el útero.

Dependiendo de la situación, puede hacerse con diferentes técnicas, como raspar y extraer/aspirar el tejido de las paredes internas del útero, dar puntos en heridas o lesiones del útero o la vagina, examinar el interior del útero mediante un tubo delgado con una cámara y luz que se introduce a través de la vagina y el cuello uterino, facilitando el diagnóstico y tratamiento de diversas afecciones, introducir dispositivos que comprimen las paredes del útero, o hacer una laparotomía que implica la apertura de la cavidad abdominal a través de una incisión en la pared abdominal.

En algunos casos, puede ser necesario realizar otras cirugías, como volver a abrir la cicatriz de la herida quirúrgica de una cesárea o, en casos muy graves, quitar el útero (histerectomía) si no se puede detener una hemorragia o si hay complicaciones graves. Esto último es muy poco frecuente.

La finalidad de este procedimiento es cuidar la salud de la madre, evitar infecciones peligrosas, controlar las hemorragias y prevenir problemas en el futuro.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados que afecten a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos del procedimiento son:

- Dolor.
- Infección dentro del útero (endometritis) o en la pelvis.
- Perforación del útero.
- Lesiones en el útero o en órganos cercanos, como la vejiga, los uréteres o el intestino.
- Formación adherencias o cicatrices dentro del útero.
- Problemas de coágulos en las venas, como una trombosis (coágulo en una vena profunda) o una embolia pulmonar (coágulo en los pulmones).
- Sangrado excesivo del útero.
- En casos graves, puede ser necesario repetir el procedimiento o incluso quitar el útero (histerectomía).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
- ☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante
- ☐puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico con medicamentos.
- Supervisión cuidadosa.
- Evacuación de restos del útero sin cirugía.
- Procedimientos mínimamente invasivos guiados por técnicas de imagen.

AUTORIZACIÓN PARA "REVISIÓN QUIRÚRGICA PUERPERAL"

Yo, D./D^a , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: