



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

MATERIA: LEGISLACION EN SALUD Y ENFERMERIA

TEMA: NORMAS OFICIALES MEXICANAS

DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

ANALISIS DE IMPRUDENCIA PROFESIONAL

CATEDRATICO: CESAR ALFREDO CABRERA MAGDALENO

ALUMNA: LAURA BEATRIZ PEREZ MOSHAN

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS

A FEBRERO DEL 2021

PASIÓN POR EDUCAR



NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE CÁNCER CERVICOUTERINO.

El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos primero en mortalidad, relacionada con las neoplasias malignas en la población en general

En la población femenina, el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad.

En los países con programas de detección masiva adecuados a través del estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de lesiones precursoras y pre invasoras, para las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo social y de servicios de salud.

Se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cérvico uterino y actualmente se encuentran en desarrollo nuevas alternativas tanto de detección como terapéuticas y de prevención primaria (vacunas preventivas), que se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

Debido a la magnitud que muestra el cáncer cérvico uterino en nuestro país, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

Es importante lograr una participación activa de la comunidad en la solución de este problema de salud, la cual se podrá lograr mediante la educación para la salud, las acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la concientización en el autocuidado de la salud.

El beneficio que se espera obtener a través de esta Norma Oficial Mexicana es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino.

El objetivo de esta Norma es uniformar los principios, políticas, estrategias y criterios de operación para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.



Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud de los sectores público, social y privado que realiza acciones de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia del cáncer cérvico uterino. Se deberá dar especial atención a las áreas rurales e indígenas y a las zonas urbano-marginadas, a través de estrategias de extensión de la cobertura.

A mi opinión se me hace una norma muy importante porque en la actualidad hay más mujeres que presentan este tipo de enfermedades por ello pienso que es importante que tengamos entendido como podemos prevenir estas enfermedades así también como se van desarrollando y en el caso de ya obtenerla saber ejercer un buen tratamiento y control.



NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-034-SSA2-2002, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO.

Los defectos al nacimiento son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, la fisiología de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos. Algunos de estos defectos pueden ser prevenibles, diagnosticados y manejados oportunamente; esta última acción permite ofrecer a la madre atención con calidad al momento de la resolución obstétrica y, al neonato, posibilidades de una mejor condición de vida.

En los últimos años, los logros obtenidos en el campo de la genética y del diagnóstico prenatal han tenido gran trascendencia, y se orientan a proporcionar la detección temprana de alteraciones fetales o complicaciones maternas que colocan en riesgo al binomio madre-hijo, así como a plantear estrategias dirigidas a reducir el riesgo de recurrencia.

En esta Norma Oficial Mexicana se incluyen los principales defectos prevenibles o susceptibles de diagnóstico temprano, así como las medidas de prevención y control que puedan tener un impacto epidemiológico prioritario en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal durante un periodo no mayor de cinco años.

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios y especificaciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de los defectos al nacimiento.

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para el personal de salud que brinde atención en el campo de la salud reproductiva de las instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud.

En esta norma se aplica una valoración física completa del recién nacido donde es importante analizar y valorar, como el aspecto general, piel, cabeza y cara, ojos, oídos, nariz, boca, cuello, torax, cardiovascular, abdomen, genitales, ano, tronco y columna vertebral, extremidades, estado neuromuscular.

La atención inmediata al neonato con defectos al nacimiento, deberá ser prioritaria y proporcionada en cualquier unidad de salud de los sectores público, privado o social; además, debe efectuarse con calidad y humanitarismo. Una vez resuelto el problema inmediato y ya que no se encuentre en peligro la vida del recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que corresponda.

Los recién nacidos con defectos al nacimiento referidos por parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad, deberán ser atendidos con oportunidad, calidad y humanitarismo en las unidades de salud a donde sean referidos.



A mi opinión es muy importante los cuidados que tienen los recién nacidos pero sobre todo la atención a los recién nacidos pero hago un paréntesis grande sobre todo con la prevención y control que podemos brindar antes de tener a un bebé con defectos de nacimiento.

Es un tema muy importante porque hablamos de cada cuidado y responsabilidad que tienen los padres y el personal de salud desde el control prenatal hasta la hora del parto y aun así los cuidados posteriores de todo recién nacido, en el caso de los bebés que nacen con defectos los cuidados o atenciones que llevara por más tiempo.



NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países. Para lograrlo, se actualizó la Ley General sobre Metrología y Normalización, la cual entró en vigor el 1o. de julio de 1992 que señala, entre otras, las bases para la elaboración de las normas oficiales mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993 a las normas técnicas que hasta entonces indicaran las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y consumen en nuestro país.

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

El presente documento contiene la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva.

Este documento describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

El objetivo de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la



identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores pública, social y privada del país.

A mi opinión es una norma muy importante porque anteriormente eran temas muy pocos tocados por ciertas costumbres que las mujeres solían tener pero en la actualidad creo que se practican un poco más así que desde mi punto de vista creo que todo ser humano es libre de elegir los hijos que desean tener pero siempre con mucha responsabilidad y estar conscientes de que les podrán brindar el cuidado, la atención y una vida digna como se lo merecen.



CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA AL PARTO

Nº Historia:

Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha informado de las características de mi embarazo y de los posibles riesgos de mi parto.

1. Existen una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, habitualmente utilizados, como rotura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto, que me han sido explicados y expresamente autorizo, comprendiendo que aun siendo seguros y habituales, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones.

2. Durante el parto, el estado del feto y de las contracciones uterinas será vigilado de acuerdo al curso y situación del parto.

3. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternas como fetales, de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico.

Las complicaciones más importantes son:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
- Infección materna o fetal.
- Trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación que puedan llevar a hacer necesaria la transfusión, intraparto y postparto. Hematomas en el aparato genital.
- Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave).
- Complicaciones debidas a la alteración en las contracciones uterinas, al tamaño del feto, a la mala posición de éste o a alteraciones anatómicas de la madre. Falta de progresión normal del parto. Dificultades en la extracción del feto.
- Riesgo mínimo de tener que realizar una histerectomía posparto.
- Shock obstétrico. Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación intravascular diseminada.
- Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 3-4/10.000.

4. La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato, siendo necesaria la práctica de una intervención Obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps), con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios.

5. Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del tocólogo, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien yo o mi representante legal, seremos en lo posible informados de los mismos, siempre y cuando la urgencia o circunstancias lo permitan.

6. La atención médica del parto se llevará a cabo por un equipo de profesionales (obstetras, anestesiólogos, neonatólogos, matronas, enfermeras) con funciones específicas.
Entiendo que el equipo asistencial que atenderá mi parto lo hará con el criterio expresado en este documento.

7. **Cuidados:** Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.



Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

Proyecto

"HOSPITAL CULTURALMENTE COMPETENTE, ASOCIACIONES, MEDIADORES CULTURALES: SINERGIAS PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS MIGRANTES", cofinanciado por el Fondo Europeo para la Integración de terceros países y el Ministerio del Interior - Departamento para la Libertad Civil y la Inmigración (Acción 6, Programa Anual 2012, Código proyecto: 2012/FEI/PROG-103656).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO

El embarazo, en su desarrollo, puede presentar algunas situaciones en las que - si la mujer continúa el embarazo - su salud y la del feto pueden estar sujetos a riesgos.

Entre ellas se encuentran:

- La disminución de la cantidad de líquido amniótico
- Enfermedades maternas (presión arterial alta, diabetes que se presenta durante el embarazo, etc).
- Enfermedades del feto (retraso de su crecimiento intrauterino, isoimmunización Rh, etc)

Además, en algunas otras condiciones, como cuando se produce la ruptura del saco amniótico antes del trabajo de parto, o cuando el embarazo continúa más allá de la fecha límite establecida para el parto (o sea que supera la 41° semana), continuar con el embarazo puede aumentar los riesgos de salud de la madre y el feto, aún en ausencia de enfermedades.

En todos estos casos, en nuestra Unidad está establecida la práctica de inducir el trabajo de parto con dos métodos según las condiciones del cuello del útero:

- 1) aplicación local de sustancias llamadas prostaglandinas con un gel, aplicado hasta un máximo de tres veces en 24 horas;
- 2) inyección de una sustancia llamada oxitocina a través de la vena de un brazo (por vía intravenosa).

Si con estos métodos no se obtienen resultados, el médico responsable de la Sala de Parto evaluará, para cada gestante, si es oportuno realizar un parto por cesárea.

En nuestra Unidad, el porcentaje de cesáreas efectuadas por inducción fracasada, (es decir sin que se haya modificado el cuello uterino y en ausencia de trabajo de parto) es de 4 - 5%.

Habiendo recibido y comprendido todas estas informaciones

Acepto (consiento)


No acepto (no consiento)

que sea inducido el trabajo de parto.

Fecha ,.....

Firma de la Señora.....

Firma del Médico.....

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
	OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA		
	CESÁREA		
<p>Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para ser sometido a esta intervención quirúrgica, habiendo recibido la información científica básica en relación a ella por parte de médico tratante. Firmarlo no le obliga a usted a realizárselo ya que puede revocar su autorización si más adelante cambia su opinión.</p>			
<p>ASPECTOS A CONSIDERAR Y AUTORIZAR</p> <p>Se me ha explicado que la indicación de cesárea se debe a circunstancias actuales de mi embarazo. A que la progresión de mi parto no permite la vía vaginal o hace presumir un mayor riesgo para mí y mi bebé.</p> <p>Se me ha informado que la cesárea constituye una modalidad de parto y que consiste en la extracción del bebé a través de una incisión en mi abdomen.</p> <p>Estoy consciente que esta intervención quirúrgica se realiza en pabellón y la gran mayoría de las veces se lleva a cabo con anestesia regional y excepcionalmente bajo anestesia general.</p> <p>Se me ha explicado que la anestesia será administrada por un médico anesthesiólogo, el cual me realizará una evaluación pre-anestésica en forma previa. Así como se me ha informado que mi bebé será atendido, inmediatamente después de su extracción, por un médico, apoyado por profesionales de la unidad de Neonatología.</p> <p>Especialmente, se me ha explicado que como toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico, pueden presentarse complicaciones, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. Lo anterior es válido tanto para mí como para mi hijo(a).</p> <p>Se me ha informado sobre los posibles peligros atribuibles a mi estado de salud previo, mi edad, mis problemas alérgicos, mis intolerancias medicamentosas, u otros factores agregados, que aumentan los riesgos de la intervención propuesta.</p> <p>Entiendo que en medicina nada es absoluto y por lo tanto no se puede garantizar la condición final o resultado que se obtendrá en mi caso.</p> <p>Entendiendo que ésta se efectuará dentro de los estándares generalmente establecidos y aceptados por la medicina actual.</p> <p>Asimismo otorgo expresamente mi consentimiento para que en el caso que se presenten nuevos hallazgos intraoperatorios o complicaciones durante la realización de la intervención autorizada, se me efectúen las intervenciones o procedimientos complementarios que permitan resolver dichos eventos.</p>			
<p>COMPLICACIONES POTENCIALES</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Infección / sepsis - Atonía uterina - Hemorragias y/o trastornos de la coagulación </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Acretismo placentario - Desgarro o roturas uterinas - Dehiscencias - Lesión de órganos vecinos como vejiga o intestino. </td> </tr> </tbody> </table>		<ul style="list-style-type: none"> - Infección / sepsis - Atonía uterina - Hemorragias y/o trastornos de la coagulación 	<ul style="list-style-type: none"> - Acretismo placentario - Desgarro o roturas uterinas - Dehiscencias - Lesión de órganos vecinos como vejiga o intestino.
<ul style="list-style-type: none"> - Infección / sepsis - Atonía uterina - Hemorragias y/o trastornos de la coagulación 	<ul style="list-style-type: none"> - Acretismo placentario - Desgarro o roturas uterinas - Dehiscencias - Lesión de órganos vecinos como vejiga o intestino. 		

Documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica de apendicitis aguda mediante laparoscopia

Pegatina con los datos Personales y de identificación del niño a intervenir

Don/Dña _____, con domicilio en _____, c/ _____
Y con el DNI número _____ en calidad de _____ del niño _____, con la historia clínica nº _____

DECLARO

Que el Dr. / Dra..... me ha informado de la necesidad de operar la apendicitis aguda que padece mi hijo/a, consistente en una extirpación del apéndice ileocecal (apendicectomía), mediante laparoscopia.

1. El propósito principal de la intervención es la extirpación del apéndice inflamado, evitando así complicaciones muy graves como su perforación, peritonitis o sepsis que ponga en peligro la vida del paciente.
2. La intervención precisa de anestesia general de lo que será informado por el Servicio de Anestesiología y Reanimación.
3. La intervención consiste en la extirpación del apéndice mediante laparoscopia, técnica que se realiza mediante tres pequeñas incisiones en el abdomen por las que se introduce un sistema óptico conectado a una cámara y monitor de TV (laparoscopio), gas (CO2) e instrumental para extirpar el apéndice, siempre bajo observación directa. Además se inspecciona la cavidad abdominal con el fin de descartar otra patología (quiste de ovario torsionado, divertículo de Meckel inflamado o perforado, etc.) y aspirar el exudado purulento y/o pus, caso de existir. La existencia de patología asociada puede obligar a convertir la intervención a cirugía abierta, con el fin de solucionarla con mayor seguridad. En peritonitis generalizadas puede estar indicada la colocación de drenajes abdominales y la colocación de una sonda por la nariz para facilitar el drenaje del estómago e intestino. El niño permanecerá unas horas en la unidad de reanimación y después pasará a su habitación. Comenzará a comer y beber cuando recupere los movimientos intestinales y se le administrarán antibióticos postoperatorios (en apendicitis complicadas) y analgésicos. La duración de la estancia en el hospital dependerá de la evolución del paciente.
4. No existe ningún tratamiento alternativo a la apendicectomía, que también puede realizarse por laparotomía y está indicada en determinados casos de apendicitis agudas. En casos muy concretos puede estar indicado un intenso tratamiento antibiótico y diferir la cirugía unos días.
5. Dadas las características complejas del proceso, o de surgir algún imprevisto o patología asociada (divertículo de Meckel inflamado o perforado, torsión de ovario, etc.), el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada, incluso convirtiéndola a cirugía abierta.
6. Las complicaciones más importantes que pueden aparecer dependen del tipo de apendicitis y del estado del paciente. Las más frecuentes son el absceso o sangrado de las heridas quirúrgicas, el absceso intraabdominal y la obstrucción intestinal. Se resuelven habitualmente con tratamiento médico (antibióticos, drenajes, sueros, etc.), pero pueden requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad. Existen otras complicaciones propias de la laparoscopia como extensión del gas al tejido subcutáneo, dolor referido habitualmente al hombro, y vómitos postoperatorios, sin olvidar la grave posibilidad de lesión de los vasos sanguíneos o de vísceras al introducir los trócares, embolia gaseosa, neumotórax y trombosis de las extremidades inferiores, que son muy infrecuentes, y requieren un tratamiento inmediato.
7. En cualquier caso, pese a la adecuada elección de la técnica, toda intervención quirúrgica pediátrica, tanto por la propia técnica como por las peculiaridades clínicas específicas de cada niño, lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias (infección, hemorragia, dolor), que podrían



requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

8. Los riesgos personalizados por las características de su hijo son:-----

9. Se puede utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario

10. La realización del procedimiento podrá ser firmada con fines científicos o docentes, salvo que yo manifieste lo contrario, sin que comporte ningún riesgo para la salud de mi hijo.

11. Declaro haber recibido la información sobre la intervención de apendicectomía laparoscópica de forma clara, fehaciente y ajustada a mis conocimientos, haberla entendido, aclarado dudas, y valorado los posibles riesgos subyacentes a la intervención descrita, tomando la decisión de acuerdo con mi propia y libre voluntad, que podré revocar en cualquier momento.

Por todo ello

DOY MI CONSENTIMIENTO

Nombre de la persona que autoriza (padre, madre, tutor legal) y VºBº del niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra

D.N.I.:

Firma autorizada:

VºBº niño

Fecha:, a de de 20.....

Médico informante

Dr./Dra.

NºCol. / C.N.P.:

Firma:

NO AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nombre de la persona que NO AUTORIZA
Médico Informante Testigo
(Padre, Madre, Tutor legal) y VºBº, niño si es mayor de 12 años (opcional)

Sr/Sra

DNI :

Firma:

Fecha:, a de de 20.....

Médico informante

Dr/Dra.....

CNP/NºCol:.....

Firma:

Testigo

Sr.Sra.....

DNI :

Firma:

REVOCO MI ANTERIOR CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento firmado en la fechay no deseo proseguir el tratamiento a mi hijo/hija, que doy con ésta fecha finalizado.

Nombre :

Dr./Dra.

Firma:

Firma:

Fecha:, a de de 20.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO FRACTURA DE PELVIS

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que mediante este procedimiento se pretende reducir e inmovilizar la fractura por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de osteosíntesis (agujas, tornillos, placas, alambres, fijador externo, etc.) hasta que se logre la consolidación ósea del segmento lesionado.
- Y que de acuerdo a la evolución del cuadro requerirán o no su retiro en el futuro.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que el tratamiento consiste en abordar quirúrgicamente el sitio de fractura.
- Reconstruir en lo posible la continuidad del hueso o la articulación y fijar los fragmentos óseos con algún elemento de osteosíntesis.
- Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

- El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos secuelares funcionales.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Como otros específicos del procedimiento, que pueden ser poco frecuentes y a veces graves, como: 1. infección o hematoma en la zona quirúrgica. 2. dolor prolongado en la zona operada y a veces de tipo ciático. 3. pérdida de fuerza o de sensibilidad en la extremidad inferior. 4. flebitis o trombosis de las extremidades inferiores. 5. fractura de los elementos de osteosíntesis. 6. retardo de consolidación de la fractura, pseudo artrosis (falta de consolidación).
- En personas postradas pueden producirse escaras e infecciones pulmonares o urinarias.
- Otros menos frecuentes pero graves como: 1. embolia pulmonar. 2. embolia grasa. 3. shock hipovolémico y/o complicaciones cardiorrespiratorias con riesgo vital.
- El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica y/o complicaciones cardiorrespiratorias con riesgo vital

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) Sr(a)
RUT RUT
Firma Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal
RUT
Firma
Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal
RUT
Firma
Fecha

LA IMPRUDENCIA PROFESIONAL

