



Universidad del sureste

Carlos Enrique López Benítez

Cesar Alfredo Cabrera Magdaleno

Normas, imprudencias y consentimiento informado

Legislación en salud y enfermería

Enfermería

Octavo cuatrimestre

A miércoles 10 de febrero de 2021

Chiapa de Corzo, Chiapas.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

La presente Norma Oficial Mexicana establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las unidades que proporcionan atención a los niños residentes en la República Mexicana: aplicación de las vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se emplean en el esquema de Vacunación Universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años y aquellas que son posibles de incorporar posteriormente. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

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. 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. 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.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.

La menopausia es un evento único en la vida de las mujeres, el cual corresponde a la última menstruación, y se identifica después de transcurridos doce meses de amenorrea. En las mujeres mexicanas la menopausia ocurre en promedio entre los 47 y 49 años, siendo precedida por un periodo de duración variable durante el cual pueden presentarse los síntomas y signos característicos del síndrome climatérico. Sin embargo, las enfermedades crónicas degenerativas inciden con más frecuencia durante las etapas de la perimenopausia y la postmenopausia, originando deterioro de la calidad de vida e incremento de la morbilidad y mortalidad. El objetivo de esta Norma, es establecer los lineamientos específicos, en materia de perimenopausia y postmenopausia para: brindar una atención médica integral a la mujer durante las etapas de la perimenopausia y la postmenopausia, contribuir a la prevención y tratamiento oportuno de los síntomas y signos propios de la perimenopausia y la postmenopausia, contribuir a la prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades que se presenten en la perimenopausia y postmenopausia, fomentar en la población femenina hábitos higiénicos, dietéticos, saludables, que contribuyan a disminuir los riesgos de enfermedades asociadas al síndrome climatérico y procurar el acceso a la información, consejería y servicios para la prevención y control de las manifestaciones clínicas y las patologías asociadas a la perimenopausia y la postmenopausia, con enfoque de género.

ASOCIACION VALLECAUCANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
SOVOGIN

Documento elaborado por la ASOCIACION VALLECAUCANA DE OBSTETRICIA Y  
GINECOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre) \_\_\_\_\_

Consiento en que el (la) Doctor (a)

\_\_\_\_\_ como cirujano(a) y el (la)

ayudante que él (ella) designe, me realicen HISTERECTOMIA como tratamiento  
para \_\_\_\_\_ Entiendo que esta cirugía

consiste en la extirpación del útero o matriz 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 la 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 vía abdominal (apertura quirúrgica en el 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 la cirugía por vía abdominal dependiendo del criterio médico. Se me ha explicado y entiendo que no es posible garantizar los resultados 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 HISTERECTOMIA. 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 anestesiología.

Entiendo que la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior en \_\_\_\_\_ siendo mi

deber reclamar su resultado e informarlo al médico. 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 postoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, abscesos de cúpula, de pared abdominal, pélvicos...), reacciones alérgicas, íleo paralítico (acumulación de gases y líquido en el intestino) y anemia. Existen otras complicaciones de menor frecuencia como: heridas o quemadura por bisturí eléctrico involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga, intestino y otros órganos. Se pueden presentar 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 (coágulos en los vasos sanguíneos) 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) Dr. (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 y 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 la HISTERECTOMIA

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente  
compañero  
CC. #  
Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del esposo,  
CC. #

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA (En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Nombre \_\_\_\_\_

En forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (a) \_\_\_\_\_ como cirujano(a) y el (la) ayudante que él (ella) designe, me realicen cirugía laparoscópica, como tratamiento para \_\_\_\_\_

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la introducción de gas a través del abdomen y luego la colocación de un tubo por el ombligo que contiene un instrumento óptico para ver en el interior y por medio de otros orificios en diferentes sitios, la colocación de pinzas e instrumentos quirúrgicos para realizar la cirugía observando la imagen proyectada en un televisor. Se me ha explicado y entiendo que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y pericia en obtener el mejor resultado.

También he entendido que, para mi problema, existen otros tipos de tratamiento tales \_\_\_\_\_ como:

\_\_\_\_\_ y voluntariamente he elegido la cirugía laparoscópica. Yo autorizo para que mi cirugía sea observada con fines didácticos, ya sea directamente o en el vídeo que se grabará de mi cirugía, el cual no será identificado con mi nombre, pero sí usado por fuera de mi historia clínica médica. Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

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 tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor o problemas urinarios, sangrado, infección, reacciones alérgicas o retención urinaria, heridas involuntarias en el útero, tubas, ovarios, intestino, vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos.

También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como histerectomía (perdida del útero), colostomía (comunicación del intestino a la piel del abdomen), hemorragia severa, parálisis o muerte que aunque son poco frecuentes representan, como en toda intervención quirúrgica, un riesgo excepcional de perder la vida, derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente. En mi caso particular, él (la) médico (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

---

\_\_\_\_\_ Yo entiendo los cuidados que debo tener antes y después de esta cirugía, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo y 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 CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

Índice derecho



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA (En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Nombre \_\_\_\_\_

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) \_\_\_\_\_, como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe me realicen \_\_\_\_\_

Como tratamiento para \_\_\_\_\_ Entiendo

que esta cirugía consiste básicamente en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Esta cirugía no garantiza totalmente los resultados esperados. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulté. También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico. 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 tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queiloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), apraxias (cambios en la sensibilidad de la piel), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...), reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, heridas involuntarias en vasos

sanguíneos, vejiga, intestino u otros órganos, eventración (hernias en la cicatriz.

Existen otros riesgos como: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelviperitonitis, choque hemorrágico o trombosis que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica 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:

\_\_\_\_\_ Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia. Entiendo que si es necesario extraer algún tejido, se someterá a estudio anatomopatológico posterior en \_\_\_\_\_ siendo mi deber reclamar el resultado e informarlo al médico. He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Firma del esposo, compañero \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

Imprudencias Profesionales que podríamos cometer en la atención al usuario.

La imprudencia dentro del área de enfermería es el descuido, omisión o falta de aplicación en la ejecución de un acto médico, es decir es la carencia de atención durante el ejercicio médico. Puede configurar un defecto o una omisión o un hacer menos, dejar de hacer o hacer lo que no se debe. El no tomar precauciones para evitar un riesgo o actuar en forma precipitada algunos ejemplos son transfundir sangre sin establecer el grupo sanguíneo, VIH, VDRL, hepatitis, etc. dejar gasa o instrumental en la cavidad abdominal, Realizar un acto innecesario (histerectomía abdominal con apendicectomía profiláctica, transmitir enfermedades contagiosas por el médico o instrumental (TBC, sífilis, SIDA).