



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

CONSENTIMIENTO INFORMADO  
CESAREA SEGMENTARIA

VERSION: 01

COD: PQX-FT-004

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

H.C.: \_\_\_\_\_

### Apreciado Usuaría:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital San Jose de Maicao. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas. En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

### INFORMACIÓN GENERAL

**CESÁREA:** Es una vía de parto, en la que mediante una intervención quirúrgica se extraen el feto y la placenta por vía abdominal.

### ESTÁ INDICADA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES

Aunque la vía vaginal es la forma natural del parto, existen situaciones especiales que no la permiten porque ponen en riesgo la salud de la madre y del feto. Entre ellas: presentación anormal del feto, desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal agudo, alteraciones de la placenta, antecedente de cesárea. En su caso particular la indicación es:

### ¿CÓMO

### SE

### HACE?

Hospitalizada, bajo anestesia regional o general, antes de iniciar se administra un antibiótico preventivo por vía endovenosa cuyo objetivo es disminuir la posibilidad de infección del sitio operatorio. Posteriormente, ya en la mesa de cirugía y antes de ser anestesiada se confirma en voz alta el nombre, edad, identificación, alergias medicamentosas, asegurador (EPS) y el procedimiento a efectuar; en este caso una cesárea. Los pasos siguientes incluyen rasurar la zona de la intervención y lavar el abdomen y la pelvis con jabón quirúrgico, antes de incidir la piel por debajo del ombligo en sentido vertical o por encima del pubis en sentido horizontal, para cumplir con la extracción del feto.

### POSIBLES COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

Unas están relacionadas con la atención del parto y la intervención quirúrgica; Entre las complicaciones maternas se incluyen:

- Infección, hematoma o dehiscencia de la herida quirúrgica
- Hemorragia intra o postoperatoria, con o sin atonía uterina, que puede desencadenar un choque hipovolémico y sus consecuencias y la posibilidad de requerir transfusión sanguínea o intervenciones quirúrgicas adicionales como ooforectomía e hysterectomía
- Desgarros vaginales a pesar de que el parto no es vaginal
- Endometritis. Una forma de infección uterina en el puerperio que ocasionalmente puede derivar en choque séptico y sus consecuencias.



- Lesión de la vejiga, del uréter o intestino; circunstancias que implican tratamientos adicionales (sutura de la vejiga, reimplante vésico-ureteral, colostomía) por el riesgo de peritonitis.

Entre las fetales se destacan:

- Aspiración de meconio
- Lesiones fetales durante la extracción por presentación fetal anormal
- Nudos o circulares del cordón umbilical
- Otras tienen que ver con los factores de riesgo obstétricos que aumentan la posibilidad de presentar complicaciones maternas o fetales: pre eclampsia, trastornos de coagulación, embarazo múltiple, placenta previa, acretismo placentario, poli hidramnios (aumento de líquido amniótico), oligohidramnios (disminución de líquido amniótico), retardo del crecimiento intrauterino, macrosomía fetal, defecto o infección fetal congénita, presentación anormal del feto, ruptura prematura de membranas, prematuridad, embarazo prolongado, madre RH negativa, cirugías ginecológicas previas..
- Existen además otras complicaciones alrededor de la atención del parto que son menos frecuentes, impredecibles y no prevenibles, incluido el riesgo de muerte de la madre y del feto, ruptura uterina, embolia pulmonar de líquido amniótico, inversión uterina, eclampsia, abrupcio placentario y ruptura del cordón umbilical

Otras complicaciones infrecuentes son:

- Reacciones alérgicas a los medicamentos.
- Retención urinaria postoperatoria.
- Trombosis venosa o trombo embolismo pulmonar
- Atelectasia pulmonar

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista el hospital procederá con los medios y recursos necesarios para su adecuado control.

#### **AUTORIZACIÓN**

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado y el médico que me ha atendido me ha permitido expresar todas mis observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir, en especial las siguientes:

También he sido informado que durante el acto quirúrgico, procedimiento o tratamiento se pueden presentar imprevistos que hagan al equipo médico variar la técnica o plan de manejo programado. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure mi identidad. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente. En caso de ocurrir alguna complicación, el Hospital procederá con los medios y recursos que se requieran para su control, intentando minimizar en lo posible sus consecuencias.

Yo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento para que por intermedio de médicos en ejercicio legal de su profesión



así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la entidad, se practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento médico:

2. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para llevar a acabo conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados en el punto 1. Si en el concurso de la intervención o del procedimiento se llegare a presentar una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, lo haga aconsejable.
3. El consentimiento y autorización que antecede, han sido otorgados, previa la evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Hospital San José de Maicao o el Dr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patológicas, y previa la advertencia que dicho médico me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y riesgos que conlleva la intervención mencionada, en los términos con los cuales los ha consignado en la historia clínica, declaro que he recibido amplias explicaciones por parte del personal médico.
4. LA ESE HSJM, documenta los procedimientos de atención del parte, con la finalidad de realizar actividades pedagógicas que permitan la educación en servicios de sus profesionales en sus componentes de atención Obstétrica a la población indígena
5. Si usted lo permite, vamos a publicar la información que usted brinde, total o parcialmente, en la ESE HSJM y en medios de comunicación internos
6. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatomopatológicos (placenta), para entregar a la gestante y cumplir con los usos y costumbres de la etnia Wayuu.
7. Declaro que he sido advertido(a) por el Hospital San José de Maicao y por mi médico tratante en el sentido de que la práctica de una intervención o procedimiento médico, compromete una actividad médico de medios, pero no de resultados.
8. He informado al médico \_\_\_\_\_ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.
9. Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello Repercuta en los restantes cuidados médicos.
10. Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los Derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.
11. Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.
12. Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas.
13. Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares.
14. Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados.
15. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

**NOTA:** Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenida en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

**Firma del Paciente**  
C.C. No.

**Firma del Responsable**  
C.C. No.