

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMÍA PATOLOGÍA MALIGNA**

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos mi diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del tratamiento para el mismo, autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ y a su equipo, a llevar a cabo una intervención quirúrgica conocida como **HISTERECTOMIA CON/SIN** (tachar lo que no corresponda) **ANEXECTOMIA CON/SIN** (Tachar lo que no corresponda) **LINFADENECTOMIA**, que se realizará en esta institución.
- 2) Se me ha explicado que la histerectomía consiste en la extirpación del útero, que puede asociarse a la linfadenectomía (extirpación de los ganglios linfáticos regionales) pélvica unilateral o bilateral, la extirpación de los anexos (ovarios y trompas –anexohisterectomía-) según la edad, el tipo y extensión del tumor, y el criterio médico al momento de la intervención. El procedimiento consiste en la sección y ligadura de los paquetes vásculo-nerviosos que alimentan al útero, anexos y ganglios según el caso, con posterior extracción de dicho/s órgano/s. En casos de enfermedad avanzada puede resultar necesario, además, la extirpación de la vejiga, vagina, recto y parte del colon (exenteración pelviana). La extirpación del útero trae como consecuencia la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. Al extirpar los ovarios se instaura la menopausia, pudiendo requerirse/indicarse la terapia de reemplazo hormonal posteriormente. Se me ha informado, además, que por el tipo de patología que presento, posiblemente deba realizar luego de la cirugía, radioterapia, quimioterapia o una combinación de ambos tratamientos.
- 3) Me han sido informado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - a) La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior, cuyos resultados me serán informados.
  - b) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
  - c) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervención son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa: infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, etc.); Hemorragias con posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria); Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales; Lesiones intestinales; Fístulas vesicovaginales, intestinales y otras; prolapsos (descensos) de cúpula vaginal. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento no quirúrgico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Se me ha especificado que como complicaciones o riesgos comunes a cualquier cirugía se encuentran, entre otras, las siguientes entre otras: seroma (acumulación de líquido), hemorragias (sangrado), absceso de herida (colección purulenta), cicatrización anormal (cicatrización queloide o hipertrófica.), parestesia, paresia del área cicatrizal, eventración (hernia a través de un defecto quirúrgico).

- 4) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer alguna de las complicaciones propias de la patología, como ser: invasión tumoral locorregional (axila, pared torácica, músculo pectoral, etc.), metástasis a distancia (hígado, pulmón, cerebro, huesos etc.), pérdida de chance de curación, e incluso la muerte. Asimismo, se me ha explicitado que, dado el grado de avance de mi enfermedad, no existe alternativa terapéutica a la propuesta.
- 5) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien el designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio
- 6) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
- 7) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 8) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI/NO**) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 9) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 10) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.
- 11) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a \_\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Represento en carácter de:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_