

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CESÁREA

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 el diagnóstico médico presuntivo, como así también los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del tratamiento

propuesto, autorizo al/la Dr./Dra. _____ y a su equipo quirúrgico a que el nacimiento se produzca a través de una cesárea, no por vía vaginal, la cual se realizará en esta institución.

- 2) Se me ha explicado que la cesárea es una intervención quirúrgica obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal a través de una incisión abdominal, de los músculos y del útero. La indicación médica de cesárea obedece a que las circunstancias de gestación y/o parto no permiten que el mismo se produzca por vía vaginal, o hacen presumir un mayor riesgo para la madre y/o el feto. La vía de abordaje abdominal (tipo y tamaño de la cicatriz) la seleccionará el cirujano de acuerdo a los antecedentes médicos de la paciente, necesidades de la unidad materno-fetal al momento del acto quirúrgico, y demás circunstancias particulares que se presenten al momento de llevar a cabo la intervención. Además, se me ha aclarado lo siguiente:

a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.

b) Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descriptas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa.

i) Propias de la cesárea: lesión de vejiga, uréteres o intestino; sangrado incoercible por lesión la arteria uterina, hemorragia (con la posible necesidad de transfusión intra o postoperatoria y eventual realización de histerectomía en caso de no revertir el cuadro), endometritis, que ocasionalmente pudieran derivar en otras más graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada, atonía del útero con posterior hemorragia incoercible que podría determinar la necesidad de realizar una histerectomía, cicatrices uterinas, infección uterina, retención de restos placentarios (con posterior infección y necesidad de reoperación y/o curetaje), rotura uterina, Fístulas vesicovaginales, intestinales y otras, infección o dehiscencia de la herida quirúrgica y/o de la uterorrafia (sutura del útero), trastornos de la coagulación o infección generalizada, eventración de la herida, Infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, etc.), y prolapsos (descensos) de los órganos genitales internos.

ii) Dentro de las complicaciones comunes a cualquier cirugía se encuentran 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.

iii) En caso de producirse un cuadro de atonía uterina, endometritis, u otra complicación, y que la misma no revirtiera con tratamiento no quirúrgico, puede resultar necesario la realización de una histerectomía (extracción del útero) a fin de salvar mi vida. Entiendo que con este procedimiento perderé mi capacidad de concebir, informándome que es un recurso extremo al que se recurre

porque no existe tratamiento alternativo y corre riesgo mi vida. También se me explicó que, de negarme a él, la evolución es hacia la muerte por shock hipovolémico (es decir por sangrado incoercible).

- 3) Se me ha comunicado que de no mediar complicaciones o circunstancias que a juicio médico no lo aconsejen, se permitirá el acceso del Sr./a _____ a quirófano, a quien autorizo a tales efectos.
- 4) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Asimismo, también autorizo a que el Obstetra o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período del puerperio y hasta que me sea otorgada el alta obstétrica.
- 5) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la cesárea, especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización (en caso que la misma haya sido indicada por el médico), presento un alto riesgo de sufrir complicaciones graves durante el trabajo de parto (desgarro o rotura uterina, desgarro vaginal, hemorragias) que pueden desencadenar el fallecimiento de la madre y/o el bebé por nacer, o bien graves secuelas neurológicas (parálisis cerebral) en el recién nacido.
- 6) Se me ha aclarado que, de no estar contraindicado o desaconsejado por mis antecedentes y/o las condiciones del embarazo y/o las propias del trabajo de parto, el nacimiento puede llevarse a cabo mediante un parto por vía vaginal, el cual tiene diferentes riesgos a los de la cesárea, sumando esta última aquellos propios de toda cirugía. Pese a ello, ratifico mi voluntad de que el parto sea mediante una cesárea, y así expresamente lo requiero.
- 7) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Obstetricia no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Obstetra me ha informado adecuadamente sobre los aspectos inherentes al seguimiento del embarazo y del trabajo de parto no es posible garantizar ningún resultado con respecto al desarrollo del nacimiento.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.

Firma: _____

12) 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 concurre 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: _____