

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA SOBRE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo,..... con diagnóstico presuntivo de....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los riesgos del mismo, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a**, y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como.....que se realizará en.....-
2. Las **glándulas de Bartholín** o **glándula de Bartolino** son dos glándulas situadas en los bordes de la vagina, a ambos lados, ubicadas en la parte interna. La función de las glándulas de Bartholín es segregar un líquido que lubrica la entrada de la vagina. La Bartolinitis se produce cuando la salida de la glándula se obstruye, esta sigue segregando y el líquido al no tener salida hacia el exterior queda encapsulado.
3. Mediante esta intervención se pretende eliminar el cuadro infeccioso o un quiste formado en la glándula. Para realizarlo se pueden utilizar diferentes procedimientos: drenaje, drenaje y marsupialización (drenaje y sutura de la pared del quiste a la piel) o extirpación completa de la glándula. En mi caso particular se realizará.....
4. La intervención enunciada en el punto 1.- me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. 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:
 - 4.1 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 descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:
 - 4.1.1.1 **Frecuentes:** Hematoma perineal, infección de la zona quirúrgica tratada.
 - 4.1.1.2 **Menos frecuentes:** Dispaurenia, en caso de extirpación de ambas glándulas sequedad vaginal.
5. 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, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-
7. 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 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o 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.
8. 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 un drenaje espontáneo del absceso de la glándula, extensión de la infección a otros niveles o incluso infección generalizada y en los casos de no extirpación de la glándula, probables recidivas.

- 9. Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme la siguiente: tratamiento médico con antibióticos y antiinflamatorios, solo efectivo en casos leves sin acúmulo de líquido o pus en la glándula. En mi caso se me ha explicitado que de acuerdo a mi estado actual de salud, resulta mas aconsejable el procedimiento quirúrgico propuesto. Se me han explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección de tratamiento alternativo.-
- 10. 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.-
- 11. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
- 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. Manifiesto ser alérgico a:.....
- 13. 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 de la salud, 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.-
- 14. 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.
- 15. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

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

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: