

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 29 de DICIEMBRE del 2023

VISTOS:

El Memorando N° 000582-2023-DG-DICIR/INEN, del Departamento de Cirugía Ginecológica, Informe N° 000832-2023-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Memorando N° 000008-2023-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 001790-2023-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

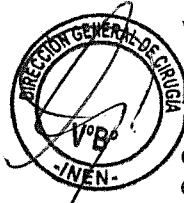
CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Organos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos: (...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, con Memorando N° 000344-2022-DG-DICIR/INEN, el Departamento de Cirugía Ginecológica, remite al Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, la versión final de los Formatos de: 1. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Traquelectomía Radical 2. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Estadaje Conservador de Ovario 3. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Estadaje de Endometrio 4. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Vulvectomía Radical 5. Consentimiento Informado para el procedimiento de Colpectomía 6. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Laparotomía Exploradora por Neoplasias Ginecológicas. 7. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Colostomía/Ileostomía en pacientes con cáncer ginecológico 8. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Citorreducción. 9. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Linfadenectomía Retroperitoneal 10. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Exenteración Pélvica 11. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Salpingooforectomía Bilateral Laparoscópica 12. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Transposición Ovárica Laparoscópica 13. Consentimiento Informado para el



Procedimiento de Histerectomía Radical 14. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Histerectomía de Rescate 15. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Histerectomía Total 16. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Vulvectomía Simple 17. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Histerectomía Total 18. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Estadiaje Complementario de Cáncer Ginecológico 19. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Histeroscopia. 20. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Traquelectomía Simple 21. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Laparoscopia Diagnóstica por Neoplasias Ginecológicas. 22. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Conización Cervical, con el propósito continúen con los trámites de aprobación correspondiente, para su revisión, el cual de acuerdo al Informe N° 000832-2023-DNCC-DICON/INEN, emitido por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, considera que lo encuentra adecuado para su aprobación;

Que, con el Memorando N° 000008-2023-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 19 de diciembre del año en curso, acordó, aprobar los 22 formatos de consentimiento informado antes mencionados;

Que, de la revisión efectuada a los formatos de Consentimiento Informado, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);

Que, con los documentos de Vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual se cumple con visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Cirugía; Dirección de Control del Cáncer; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Departamento de Cirugía Ginecológica, Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA; y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

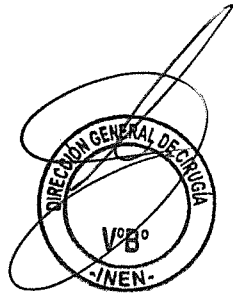
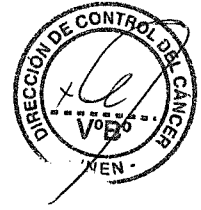
#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.** - Aprobar los formatos de: 1. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Traquelectomía Radical 2. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Estadiaje Conservador de Ovario 3. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Estadiaje de Endometrio 4. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Vulvectomía Radical 5. Consentimiento Informado para el procedimiento de Colpectomía 6. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Laparotomía Exploradora por Neoplasias Ginecológicas. 7. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Colostomía/Ileostomía en pacientes con cáncer ginecológico 8. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Citorreducción. 9. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Linfadenectomía Retroperitoneal 10. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Exenteración Pélvica 11. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Salpingooforectomía Bilateral Laparoscópica 12. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Transposición Ovárica Laparoscópica 13. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Histerectomía Radical 14. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Histerectomía de Rescate 15. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Histerectomía Total 16. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico de Vulvectomía Simple 17. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Histerectomía Total 18. Consentimiento Informado para el Procedimiento Quirúrgico Estadiaje Complementario de Cáncer Ginecológico 19. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Histeroscopia. 20. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Traquelectomía Simple 21. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Laparoscopia Diagnóstica por Neoplasias Ginecológicas. 22. Consentimiento Informado para el Procedimiento de Conización Cervical, del Departamento de Cirugía Ginecológica, de la Dirección de Cirugía, los mismos que en anexo forman parte integrante de la presente resolución.

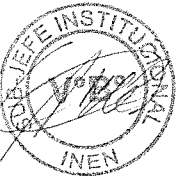
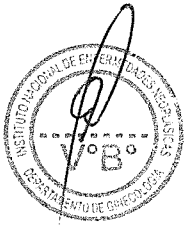


**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano ([www.gob.pe](http://www.gob.pe)), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas ([www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe)).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



*Francisco E.M. Berrospi Espinoza*  
**MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA**  
Jefe Institucional  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TRAQUELECTOMÍA RADICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

La traquelectomía radical reseca los tejidos parametriales del cérvix, cérvix con preservación del útero, más de 2 cm de la parte superior de la vagina mediante la esquetización del uréter, con la extracción de los ganglios linfáticos pélvicos, y la preservación de los ovarios, trompas y cuerpo uterino por diagnóstico de NM de cervix. Una vez que el cérvix es reseca es enviado a congelación, estudio por el patólogo durante el acto operatorio, del tejido reseca, de ser informado de tener márgenes libres para cáncer se conservará el útero, de tener márgenes comprometidos se completará con histerectomía (la resección completa del útero).

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

En su caso, dicho procedimiento se realizará por vía abdominal ( ) vía Vaginal ( ) vía Laparoscópica ( )

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado

### Objetivo:

Extirpar los sitios de tumor primario del cuello uterino, vagina, parametrios y ganglios linfáticos con el objetivo de obtener una muestra de tejido para estudio anatomopatológico.

### Alternativas:

El tratamiento quirúrgico estándar es la histerectomía radical, es decir, reseca todo el útero, según las características de riesgo del tumor, sin la preservación de la fertilidad.

Otra alternativa es Radioterapia con o sin quimioterapia

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

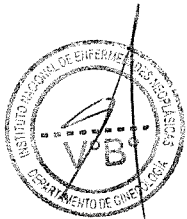
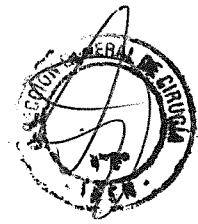
### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de la enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura.
- Problemas y complicaciones derivadas de la traquelectomía radical: infección de cúpula, de herida operatoria, sangrado vaginal, fistulas vesicales o rectales, dolor pélvico, lesión ureteral, quedar con sonda foley.
- Problemas derivados de la linfadenectomía, lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas), lesiones venosas, pérdida de la función sensitiva o motora, producto de la movilización nerviosa, pélvica, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, acumulación de linfa pélvica, conocida como linfocele.





Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

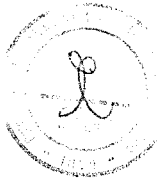
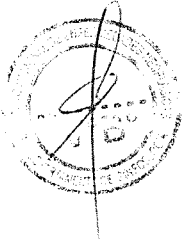
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

Pronóstico: Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TRAQUELECTOMÍA RADICAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

TRAQUELECTOMÍA RADICAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE ESTADIAJE CONSERVADOR DE OVARIO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

Consiste en extirpar las estructuras anatómicas conservando un anexo (trompa y ovario) y el útero, con la finalidad de preservar la fertilidad, dichas estructuras retiradas son: omentectomía infracólica (resección del omento por debajo colon), biopsias múltiples de peritoneo (tomar muestras del tejido peritoneal del parietocólico derecho e izquierdo, de cúpula diafragmática derecha e izquierda), citología de líquido ascítico o de lavado peritoneal (tomar una muestra del líquido), y/o linfadenectomía pélvica y/o paraaórtica (extracción de ganglios linfáticos que se encuentran rodeando los vasos ilíacos, la vena cava y aorta), además podría tener apendicectomía dependiendo del resultado de la congelación.

El abordaje quirúrgico en su caso se realizará por: Laparotomía ( ) Laparoscopia ( )  
Se puede tener alguna variación de acuerdo al tipo histológico, criterio del cirujano y/o comorbilidades del paciente.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

En caso de metástasis tumoral en el intestino u otros órganos adyacentes, se suspende estadiaje y se procede a realizar citorreducción de ovario, con posibilidad de reseca órganos comprometidos. Dicha cirugía puede extenderse mediante la cooperación quirúrgica con otros departamentos especializados, como cirugía de abdomen y / o urología.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio anatomopatológico intra y/o postoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo.

### Objetivo:

Evaluar la extensión de la enfermedad, para determinar la estadificación quirúrgica, y definir tratamientos adyuvantes.

### Alternativas:

Cirugía de estadiaje completa y/o Quimioterapia.

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

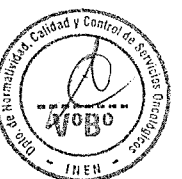
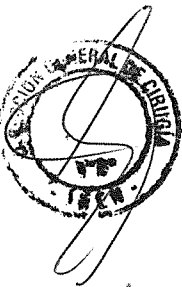
### Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Progresión de la enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa entre otras). Estos riesgos pueden ser:

- Conversión de cirugía laparoscópica a abierta.
- No conseguir la resección completa.
- Desarrollo de infección urinaria.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura
- Problemas y complicaciones derivadas de la histerectomía: infección de cúpula, sangrado vaginal, fistulas vesicales, ureterales o rectales, dolor pélvico, lesión ureteral, quedar con sonda foley, disfunción





vesical, la cual puede requerir sonda foley y medicación, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestusias (aumento de sensibilidad), o hipoestusias (disminución de la sensibilidad), lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas), lesiones venosas, sección del nervio obturador, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocèle.

- Problemas y complicaciones derivadas de la linfadenectomía: lesión de grandes vasos, hemorragia, linfocèle, e inclusive la muerte.
- Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos, de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de fallecer.

#### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

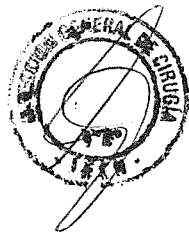
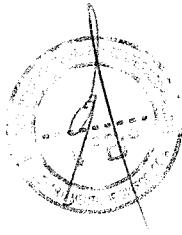
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

#### Recomendaciones:

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.







DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

ESTADIAJE CONSERVADOR DE OVARIO

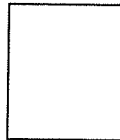
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

ESTADIAJE CONSERVADOR DE OVARIO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE ESTADIAJE DE ENDOMETRIO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

El estadiaje de endometrio comprende lavado de la cavidad abdominal, extirpación del útero, trompas uterinas, y puede estar acompañado de biopsia del ganglio centinela, linfadenectomía pélvica y / o paraaórtica (dado que el cáncer de endometrio puede propagarse a los ganglios linfáticos) con o sin preservación de los ovarios, de acuerdo a la agresividad del cáncer de endometrio y estadio de la enfermedad.

Si es riesgoso realizar una estadificación quirúrgica completa debido a problemas médicos asociados del paciente, solo se realizará una histerectomía con salpingooforectomía bilateral.

En casos de cáncer de endometrio de alto riesgo como: histológicas de endometrio de tipo seroso, indiferenciado y/o carcinosarcoma, se procederá a la extirpación del omento por debajo del colon.

En caso de metástasis tumoral en el intestino u otros órganos adyacentes, se suspende estadiaje y se procede a realizar citorreducción de endometrio, con posibilidad de resecar órganos comprometidos. Dicha cirugía puede extenderse mediante la cooperación quirúrgica con otros departamentos especializados, como cirugía de abdomen y / o urología.

El abordaje quirúrgico en su caso se realizará por:

Laparotomía ( )      Laparoscopia ( )

Pudiendo cambiar de tipo de intervención según los hallazgos en beneficio del paciente.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio anatomopatológico para obtener el diagnóstico definitivo.

### Objetivo:

Extirpar los sitios de tumor del útero trompas de falopio, ovarios, ganglios pélvicos y/o paraaórticos, para la adecuada estadificación de la enfermedad, pronóstico y tratamiento.

### Alternativas:

Radioterapia, quimioterapia u hormonoterapia.

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales del procedimiento:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- Convertir cirugía laparoscópica a cirugía abierta.
- No conseguir la resección completa.
- Desarrollo de infección urinaria.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio.
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.



- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura.
- Problemas y complicaciones derivadas de la histerectomía: infección de cúpula, sangrado vaginal, fistulas vesicales, ureterales o rectales, dolor pélvico, lesión ureteral, quedar con sonda foley, disfunción vesical, la cual puede requerir sonda foley y medicación, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de sensibilidad), o hipoestésias (disminución de la sensibilidad), lesiones vasculares severas (arterias iliacas, hipogástricas), lesiones venosas, sección del nervio obturador, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

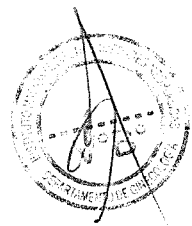
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

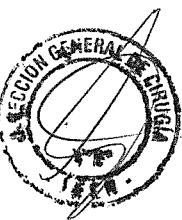
ESTADIAJE DE ENDOMETRIO

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

ESTADIAJE DE ENDOMETRIO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

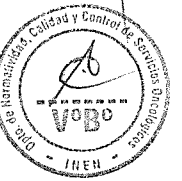
FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE VULVECTOMÍA RADICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Descripción del Procedimiento:

Consiste en la extracción de la lesión vulvar, a través de una incisión que abarca toda la hemivulva comprometida y en algunos casos hemivulva contralateral, con márgenes adecuados, la profundidad de la extirpación puede llegar a la fascia inferior del diafragma urogenital (zona perianal). Esta intervención puede realizarse con biopsia de ganglio centinela o con linfadenectomía inguinofemoral realizando una incisión a nivel de ambas ingles 2cm por debajo de línea inguinal, procediéndose al retiro de todo el tejido ganglionar inguinofemoral. En caso no se pueda realizar cierre primario del defecto se realizará cobertura con colgajos autólogos (segmento o masa de tejido).

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podría modificar la técnica quirúrgica programada.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio anatomopatológico para obtener el diagnóstico.

Objetivo:

Extirpar las lesiones malignas sean retiradas, así como los ganglios identificados a nivel inguinofemoral necesarios para el diagnóstico.

Alternativas:

Radioterapia con o sin quimioterapia.

Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de la enfermedad.

Riesgos reales y potenciales del procedimiento:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención que puede afectar otros órganos, como los debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa. Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida) defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancia a los materiales de sutura.
Riesgo de lesión de esfínter vesical o rectal, conllevando insuficiencia de esfínter.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia

El riesgo de mortalidad, es una posibilidad es bastante infrecuente.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

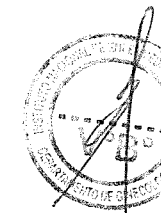
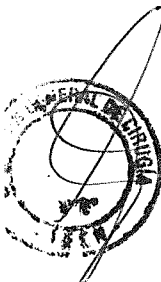
El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

Cefalosporinas: en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

Clindamicina: dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

Pronóstico: Bueno ( ) Reservado ( )

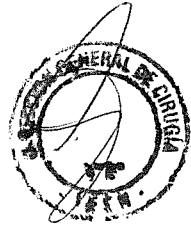
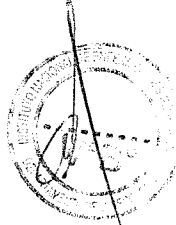




**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr./Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° ..... con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

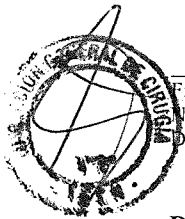
VULVECTOMÍA RADICAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

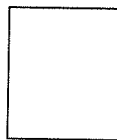
Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal

Nombre y Apellidos: ..... DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado

Nombre y Apellidos: ..... CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en ..... con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

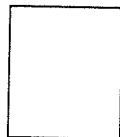
VULVECTOMÍA RADICAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal

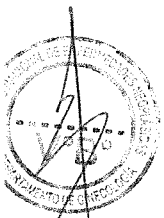
Nombre y Apellidos: ..... DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado

Nombre y Apellidos: ..... CMP N°: ..... RNE N°: .....



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE COLPECTOMÍA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Descripción del Procedimiento:**

Consiste en extraer la vagina en su totalidad (colpectomía total) o una parte de ella (colpectomía parcial), conservando el meato uretral y dependiendo de su ubicación pudiendo encontrarse en el tercio superior de la vagina se resecarán las paredes de la vagina hasta el tercio medio, si esta lesión se encuentra ubicada en el tercio medio o inferior de la vagina se procederá a extirpar la totalidad de las paredes vaginales, con su posterior sutura y afrontamiento de ambas.

En su caso se realizará: Colpectomía Parcial ( ) Total ( )

Este procedimiento quirúrgico se puede realizar por los siguientes diagnósticos: Cáncer de vagina, Cáncer de vulva con compromiso del tercio inferior de la vagina o Lesión intraepitelial de alto grado de Vagina previamente histerectomizada.

En su caso, el procedimiento se realizará por vía abdominal ( ) o vía Vaginal ( )

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio anatomopatológico para obtener el diagnóstico definitivo.

**Objetivo:**

Retirar la lesión en vagina con márgenes libres y obtener una muestra para su estudio histopatológico.

**Alternativas:**

Tratamientos tópicos para lesiones premalignas: Laser, Inmunomoduladores, quimioterapia tópica, radioterapia, quimioterapia para lesiones malignas.

**Beneficios de realizar el procedimiento:**

Reducir el riesgo de progresión del cáncer, o el riesgo de desarrollo a una neoplasia invasora.

**Consecuencias de no realizar el procedimiento:**

Progresión de la enfermedad.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa entre otras). Estos riesgos pueden ser:

*Lesiones de órganos adyacentes*, como la uretra, el recto o vagina, pueden ocurrir cuando la tumoración es extensa. En tales casos, los departamentos especializados pertinentes (cirugía de abdomen, urología, etc.) podrían formar parte de la cirugía.

- *Función motora y sensorial reducida*, en las cuales puede ser temporal o permanente
- Problemas y complicaciones derivadas de la colpectomía: infección de cúpula, infección de herida operatoria, sangrado vaginal, fistulas vesicales o rectales, dolor pélvico, hematoma.
- *Tromboembolismo*, las embolias pueden ocurrir en los **pulmones, el cerebro, el corazón o las extremidades inferiores**.
- *Complicaciones por Cirugía Prolongada*, puede provocar insuficiencia renal aguda, atelectasia, neumonía, isquemia miocárdica e hipotensión después de la cirugía.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

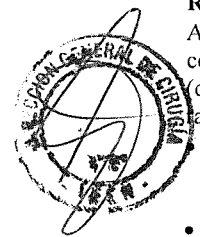
El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis

*Cefalosporinas*: en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina*: dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.





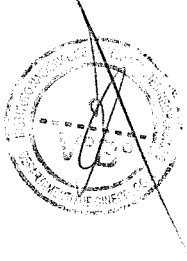


Pronóstico:      Bueno ( )                      Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° ..... con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro: Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

COLPECTOMÍA

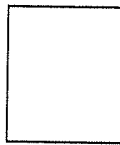
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

COLPECTOMÍA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

Es una intervención quirúrgica en la que se apertura la cavidad abdominal a través de una incisión abdominal con el fin de explorar el estado de enfermedad y compromiso de órganos. De acuerdo a hallazgos, podría ser necesario la realización de o algún otro procedimiento a criterio del cirujano como ostomías, drenaje, lavado de cavidad, revisión de hemostasia, tomo de biopsia, colocación de drenajes o algún otro procedimiento que sea necesario de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios y estado general de la paciente.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

### Objetivo:

Evaluar estado de órganos y extensión de enfermedad con intención de aliviar o curar.

### Alternativas:

- Manejo médico de la enfermedad
- Manejo paliativo de la enfermedad
- Procedimientos o drenajes percutáneos

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Diagnóstico y posibilidad de tratamiento paliativo o intención curativa.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de la enfermedad y riesgo de fallecimiento.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa entre otras). Estos riesgos pueden ser:

- De acuerdo a hallazgos, podría ser necesario la realización de ostomía.
- Desarrollo de infección urinaria.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, fístula urinaria y sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura
- Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos, de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de fallecer.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.



*Clindamicina*: dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

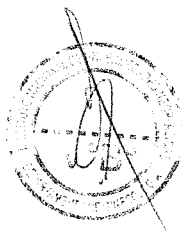
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

Pronóstico de la enfermedad: Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal o por herida operatoria rojo o rosado persistente o que empeora. Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR NEOPLASIA GINECOLÓGICA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

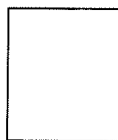
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR NEOPLASIA GINECOLÓGICA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE COLOSTOMIA/ ILEOSTOMIA EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

Consiste en la exteriorización de un segmento intestinal (Colon o Íleon) hacia la pared abdominal en pacientes con cáncer ginecológico.

En su caso se realizará: Ileostomía ( ) colostomía ( )

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La cirugía puede extenderse mediante la cooperación quirúrgica con otros departamentos especializados, como cirugía de abdomen y / o urología.

### Objetivo:

Interrumpir la salida de contenido intestinal por el ano.

### Alternativas:

Manejo médico  
Cuidados paliativos

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Evitar salida de contenido intestinal por zona genital. (fistulas recto-vaginales o entero- vaginales)  
Resolución de obstrucción intestinal.  
Control de hemorragia intestinal

### Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Persistencia de sintomatología (fistulas, sangrado)  
Perforación intestinal (en cuadros obstructivos)  
Riesgo de fallecimiento

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa entre otras). Estos riesgos pueden ser:

- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Hernias paraostomales, Retracción de ostomía, estenosis ostomal
- Persistencia de sintomatología
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.



**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

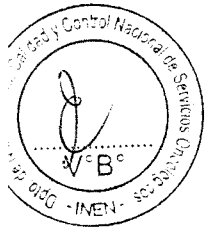
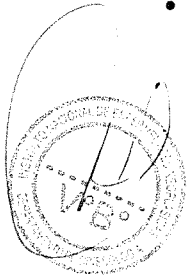
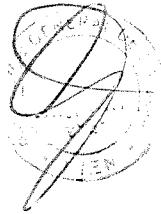
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Secreción mal oliente del ostoma o signos de dolor o endurecimiento o eritema alrededor del ostoma
- Incremento del dolor después de ser dado de alta, alrededor del osteoma y herida operatoria.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ....., con el Diagnóstico: .....

Declaro: Que el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

COLOSTOMIA/ ILEOSTOMIA EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO

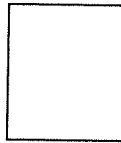
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

COLOSTOMIA/ ILEOSTOMIA EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE CITORREDUCCIÓN

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Descripción del Procedimiento:

Consiste en realizar la extirpación de la tumoración pélvica o abdominal-pélvica, el útero (histerectomía), ambos anexos (salpingooforectomía bilateral), y de cualquier evidencia de enfermedad visible según hallazgos intraoperatorios. Esta cirugía se realiza por el diagnóstico de cáncer de ovario y cáncer de endometrio.

Se pueden realizar las siguientes cirugías según el grado de metástasis para extraer la enfermedad visible: histerectomía, omentectomía, disección de los ganglios pélvicos, disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, resección peritoneal o diafragmática, cistectomía( resección de vejiga parcial o total), salpingooforectomía, resección o biopsia de áreas sospechosas, apendicectomía, esplenectomía, colectomía(resección de colon). Así mismo, existe la posibilidad de que al identificar en los hallazgos operatorios infiltración del intestino, se realice ileostomía/colostomía (.

El abordaje quirúrgico en su caso se realizará por: Laparotomía ( ) Laparoscopia ( )

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La cirugía puede extenderse mediante la cooperación quirúrgica con otros departamentos especializados, como cirugía de abdomen y / o urología.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio anatomopatológico para obtener el diagnóstico.

Objetivo:

Eliminar la mayor cantidad de enfermedad macroscópicamente visible, y no dejar enfermedad residual en la cavidad abdominopélvica ni retroperitoneo (no enfermedad visible).

Alternativas:

Quimioterapia, Radioterapia, Tratamiento paliativo.

Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

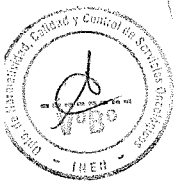
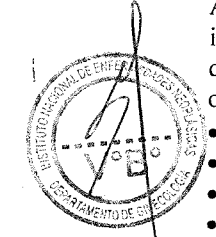
Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Progresión de enfermedad.

Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, que puede afectar otros órganos, como debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa) y los específicos del procedimiento.

- No conseguir la resección completa.
Desarrollo de infección urinaria.
Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio
Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fístulas intestinales, sepsis.
Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura.





- Problemas y complicaciones derivadas de la histerectomía: infección de cúpula, sangrado vaginal, fistulas vesicales, ureterales o rectales, dolor pélvico, lesión ureteral, quedar con sonda foley, disfunción vesical, la cual puede requerir sonda foley y medicación, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesias (aumento de sensibilidad), o hipoestesias( disminución de la sensibilidad), lesiones vasculares severas (arterias ilíacas , hipogástricas), lesiones venosas, sección del nervio obturador, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele.
- Problemas y complicaciones derivadas de la linfadenectomía: lesión de grandes vasos, hemorragia, linfocele.
- Problemas y complicaciones derivadas de la resección de toda la enfermedad: resecciones intestinales múltiples, que conduzcan a realizar una ileostomia/colostomia, parálisis intestinal, obstrucción, falla de las anastomosis intestinales, exéresis de pared de la vejiga, conduzca a un riesgo de fistula, exéresis de áreas del peritoneo (peritonectomía), lo que conduzca a realizar colecciones intraabdominales con su posterior infección.
- Problemas relacionados con resección vesical: urostomía, falla de la anastomosis, prolapso de la ostoma, eventración.
- Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos, de urgencia.
- Fallecimiento.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:*, en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

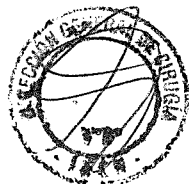
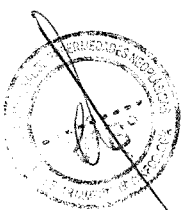
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

CITORREDUCCIÓN

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

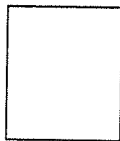
Yo Sr./Sra. ...., identificado (a) con DNI N° ..... de ..... años de edad, con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

CITORREDUCCIÓN

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

Este procedimiento consiste en la extirpación del tejido linfático ubicado alrededor de los grandes vasos a nivel pélvico o paraaórticos existentes en el retroperitoneo. Esta técnica puede ser realizada mediante cirugía abierta o laparoscópica. Puede realizarse una linfadenectomía por debajo de la vena renal (infrarrenal) o por debajo de la arteria mesentérica inferior (inframesentérica) dependiendo de las características del tumor primario y de la afectación linfática y se puede realizar por Diagnóstico de Cáncer de Cérvix, Cáncer de Endometrio o Cáncer de Ovario.

La linfadenectomía retroperitoneal puede ser Total, Parcial o Selectiva y la elección de una u otra técnica estará condicionada por las características de la enfermedad, tipo histológico, condicionantes anatómicos personales, presencia de patologías previas y/o comorbilidades del paciente, disponibilidad tecnológica, así como a criterio del cirujano.

El abordaje quirúrgico en su caso se realizará por:

Laparotomía ( )

Laparoscopia ( )

Pudiendo cambiar de tipo de intervención según los hallazgos en beneficio del paciente.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anesthesiologo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio para obtener el diagnóstico.

### Objetivo:

Extraer los ganglios retroperitoneales con intención curativa, con fines diagnósticos, para estadificación y planificación del tratamiento con quimioterapia o radioterapia o complementando a otros tratamientos quirúrgicos.

### Alternativas:

Biopsia percutánea por radio intervencionismo, observación, tratamiento ante la sospecha de enfermedad: quimioterapia o radioterapia.

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Estadificación correcta de la enfermedad y planificar tratamiento complementario.

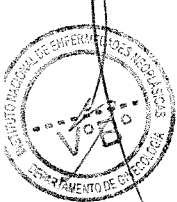
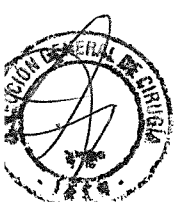
### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de Enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa entre otras). Estos riesgos pueden ser:

- Conversión de cirugía laparoscópica a abierta.
- No conseguir la resección completa.
- Desarrollo de infección urinaria.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio teniendo que recibir múltiples transfusiones sanguíneas así como las posibles complicaciones médicas que conlleva la politransfusión sanguínea.
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.





- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura.
- Problemas derivados de la linfadenectomía, lesiones vasculares severas (arterias iliacas, hipogástricas), lesiones venosas, sección del nervio obturador, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele e inclusive la muerte.
- Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos, de urgencia.
- Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de fallecer.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

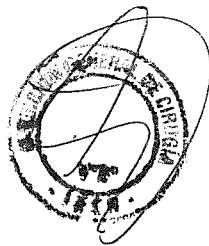
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° ..... con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL

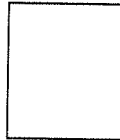
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE EXENTERACIÓN PÉLVICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Descripción del Procedimiento:**

La exenteración (extracción) o evisceración pélvica se refiere a la resección completa, en bloque, de al menos 2 estructuras orgánicas contiguas de la pelvis. La exenteración puede ser también anterior (preservación del recto) o posterior (preservación de la vejiga).

Las externaciones pueden ampliarse a estructuras vasculares, linfáticas, musculares e incluso óseas.

En caso de Exenteración Anterior; tendrá urostomía que consiste en una abertura en la pared abdominal la vía urinaria con un segmento de intestino; la cual será de forma permanente.

En caso de Exenteración Posterior: tendrá colostomía que consiste en conducir un segmento de intestino a una abertura en la pared abdominal, la cual será de forma permanente.

En caso de Exenteración Total: tendrá urostomía y colostomía permanente.

El abordaje quirúrgico en su caso se realizará por:

Laparotomía ( ) Laparoscopia ( )

Pudiendo cambiar de tipo de intervención según los hallazgos en beneficio del paciente.

En su caso, la exenteración será:

Anterior ( ) Posterior ( ) Total ( )

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

**Objetivo:**

Extirpación de las estructuras y órganos afectadas por cánceres ginecológicos

**Alternativas:**

La radioterapia y/o quimioterapia o Manejo paliativo.

**Beneficios de realizar el procedimiento:**

Evitar la progresión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida.

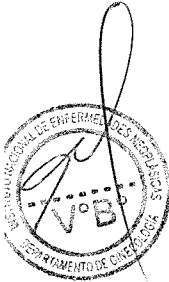
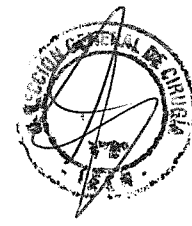
**Consecuencias de no realizar el procedimiento:**

Progresión de la enfermedad.

**Riesgos reales y potenciales:**

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
- Desarrollo de infección urinaria
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio
- Complicaciones de la apertura del abdomen: obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura
- Problemas y complicaciones derivadas de la exenteración: fistulas urinaria o intestinal, dolor pélvico crónico, lesión ureteral, quedar con sonda foley, disfunción vesical, la cual puede requerir sonda foley y medicación, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestusias (aumento de sensibilidad), o hipoestusias (disminución de la sensibilidad), lesiones vasculares severas (arterias iliacas , hipogástricas), lesiones





venosas, sección del nervio obturador, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele.

- Complicaciones Urológicas: Retracción del urostoma, fistulas a través de la urostomía, nefrostomas, transitoria o permanente, problemática de la derivación urinaria: micción por recto u orificio abdominal; infecciones renales ascendentes incluso con, pérdida total de la función renal, problemática de las estomas: estenosis, infecciones de la piel, dolores, irritaciones, defecto estético, escapes de orina; estenosis de la unión uretero-intestinal.
- Complicaciones de Colostomía: Retracción del colostoma, hernia paraostomal, prolapso de colostomía.
- Complicaciones Vásculo-Nerviosa: Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

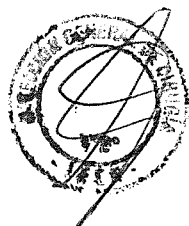
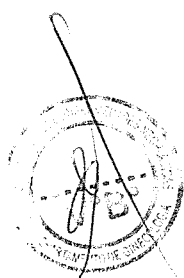
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.







DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° ..... con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente:

..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

EXENTERACIÓN PÉLVICA

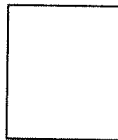
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

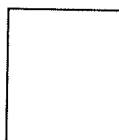
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

EXENTERACIÓN PÉLVICA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL LAPAROSCÓPICA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

La salpingooforectomía bilateral laparoscópica consiste en la introducción de trocates e instrumentos (óptica, pinzas), a través de 2-3 pequeñas incisiones en la pared abdominal, bajo observación directa, para seccionar el ligamento útero ovárico y trompa en su tercio proximal más la extracción de los anexos a través de trocar (cánula) por el ombligo. Durante la cirugía puede realizarse modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

En su caso el procedimiento se realizará para: Tratamiento de cáncer de mama ( )  
Mutación Patogénica del BRCA u otras variantes ( )

### Objetivos:

En caso de cáncer de mama, el objetivo será tratamiento hormonal complementario.

En caso de portadora de variante patogénica de BRCA, el objetivo será cirugía reductora de riesgo (CRR).

### Alternativas:

Cirugía convencional (abierta).

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Supresión hormonal en caso de cáncer de mama.

Reducir el riesgo de cáncer de ovario en caso de las mutaciones de BRCA y otras variantes patogénicas.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Persistencia a estímulo hormonal en el cáncer de mama, con posible progresión de la enfermedad.

Riesgo de desarrollar cáncer de ovario.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse:

- Hematomas: sobre las heridas o en la pelvis.
- Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter, intestinos y grandes vasos.
- Hemorragias intra o posoperatorias (con la posible necesidad de transfusión).
- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- Edema pulmonar.
- Embolismo gaseoso.
- Herniaciones posquirúrgicas.
- Lesiones nerviosas.
- Infertilidad, condicionado por los diagnósticos propios de la paciente.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

**Cefalosporinas:** en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

**Clindamicina:** sus posibles efectos adversos más frecuentes son el dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

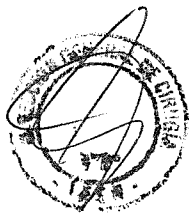
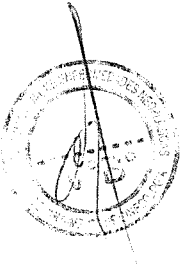
**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )



**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL LAPAROSCÓPICA

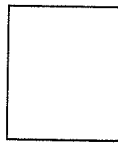
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

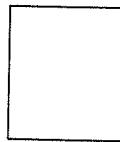
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

SALPINGOFORECTOMIA BILATERAL LAPAROSCÓPICA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE  
TRANSPOSICIÓN OVÁRICA LAPAROSCÓPICA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Descripción del Procedimiento:**

La transposición es la técnica que consiste en el abordaje de la pelvis y ovarios mediante la introducción de trocares e instrumentos (óptica, pinzas), a través de 2-3 pequeñas incisiones en la pared abdominal, bajo observación directa, y la creación de un espacio de trabajo tras la introducción de gas (CO<sub>2</sub>) denominado neumoperitoneo en abdomen. Se visualiza cavidad abdominal y se identifican estructuras pélvicas. Posteriormente se realiza el ascenso de los ovarios a nivel de los parietocolicos derecho e izquierdo con la finalidad de alejar los mismo de las campos de irradiación.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted-

**Objetivo:**

Ascenso ovárico para protegerlos de la radiación.

**Alternativas:**

Transposición ovárica por cirugía abierta.

**Beneficios de realizar el procedimiento:**

Preservar la función ovárica.

**Consecuencias de no realizar el procedimiento:**

Pérdida de función ovárica.

**Riesgos reales y potenciales:**

Las complicaciones propias más comunes de esta intervención son:

- Hematomas: sobre las heridas o en la pelvis.
- Enfisema subcutáneo (acumulación de aire) en cara, cuello, tórax y abdomen.
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga, uréter, intestino y grandes vasos.
- Hemorragias intra o posoperatorias (con la posible necesidad de transfusión).
- Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales).
- Edema pulmonar.
- Embolismo gaseoso.
- Herniaciones posquirúrgicas.
- Lesiones nerviosas.

A nivel de complicaciones a largo plazo de la cirugía, puede presentarse:

- Quistes ovarios por manipulación tras transposición ovárica.
- Menopausia quirúrgica.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica (pasar a una laparotomía o cirugía a "cielo abierto" convencional) prevista de antemano en procura de ofrecer mejores resultados o salvar mi vida.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

**Cefalosporinas:** en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

**Clindamicina:** dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

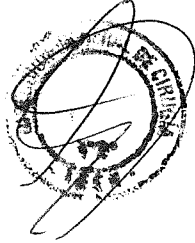
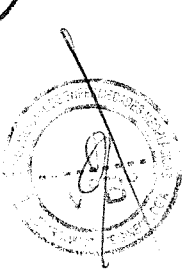


Pronóstico:      Bueno ( )                      Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TRANSPOSICIÓN OVÁRICA LAPAROSCÓPICA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

TRANSPOSICIÓN OVÁRICA LAPAROSCÓPICA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE HISTERECTOMÍA RADICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

Consiste en la extirpación total del útero, con asociación de algunas estructuras anatómicas cercanas como tejidos parametriales, partes del canal vaginal y anexos. La extracción se realizará por vía abdominal abierta, y la incisión puede ampliarse por encima del ombligo, dependiendo de la enfermedad que las afecta, características del paciente, operaciones previas en el abdomen, otras enfermedades abdominales, tamaño uterino, miomatosis asociada, etc.

La histerectomía tipo B extirpa el útero y reseca los tejidos parametriales hasta el túnel ureteral y más de 1 cm de la parte superior de la vagina, junto con los ganglios pélvicos, con posibilidad de preservación de los ovarios, según riesgo de cáncer de ovario, edad y deseos del paciente.

La histerectomía tipo C reseca una amplia gama de tejidos parametriales del útero y más de 2 cm de la parte superior de la vagina mediante la esqueletización del uréter, con posibilidad de preservación de los ovarios, según riesgo de cáncer de ovario, edad y deseos del paciente.

En su caso, se realizará: la Histerectomía tipo B ( ) C ( )  
Con ( ) Sin ( ) Preservación ovarios.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado

Esta intervención precisa anestesia. El médico anesthesiologo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

### Objetivo:

Extirpar tumor primario, el útero, cuello uterino, vagina, ganglios pélvicos y parametrios, para conseguir muestra de tejido para estudio anatomopatológico.

### Alternativas:

Radioterapia con o sin quimioterapia

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de la enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
- Desarrollo de infección urinaria.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio.
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; lesiones vasculares venosas o arteriales.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura.
- Problemas y complicaciones derivadas de la histerectomía: infección de cúpula, sangrado vaginal, fistulas vesicales o rectales, dolor pélvico, lesión ureteral, quedar con sonda foley, disfunción vesical,







la cual puede requerir sonda foley y medicación, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de sensibilidad), o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).

- Problemas derivados de la linfadenectomía, lesiones vasculares severas (arterias iliacas, hipogástricas), lesiones venosas, sección del nervio obturador, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

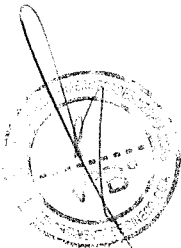
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

HISTERECTOMÍA RADICAL TIPO .....

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

HISTERECTOMÍA RADICAL TIPO .....

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

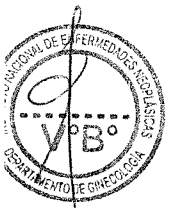
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE HISTERECTOMÍA DE RESCATE

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

La histerectomía de rescate consiste en la extirpación del útero, tejidos parametriales del útero y parte superior de la vagina mediante la esqueletización del uréter, con extracción de los ovarios. Este procedimiento se puede realizar por Diagnóstico de: NM de cérvix, o NM de endometrio.

Se realizará por incisión abdominal, o puede ampliarse por encima del ombligo, dependiendo de la enfermedad que les afecta (características del paciente, operaciones previas en el abdomen, tamaño uterino, miomatosis asociada a la extracción, entre otros).

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio para obtener el diagnóstico

### Objetivo:

Extirpar la lesión del órgano con márgenes libres

### Alternativas:

Radioterapia, quimioterapia o manejo a título paliativo.

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

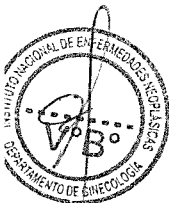
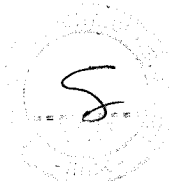
Progresión de la enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
- Desarrollo de infección urinaria
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fístulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura
- Problemas y complicaciones derivadas de la histerectomía: infección de cúpula, sangrado vaginal, fistulas vesicales o rectales, dolor pélvico, lesión ureteral, quedar con sonda foley,
- disfunción vesical, la cual puede requerir sonda foley y medicación, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesias (aumento de sensibilidad), o hipoestesias (disminución de la sensibilidad), lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas), lesiones venosas, sección del nervio obturador, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.





Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

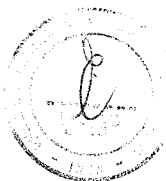
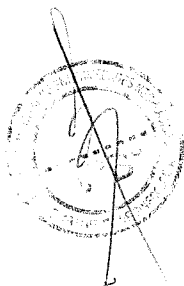
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

HISTERECTOMÍA DE RESCATE

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

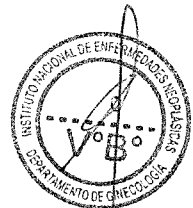
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

HISTERECTOMÍA DE RESCATE

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO HISTERECTOMÍA TOTAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

La histerectomía total consiste en la extirpación del útero incluyendo el cuello uterino, con trompas uterinas y/o ovarios, según riesgo individual de cada paciente.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El abordaje quirúrgico en su caso se realizará por: Laparotomía ( ) Laparoscopia ( ),

Pudiendo cambiar de tipo de intervención según los hallazgos en beneficio del paciente.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio para obtener el diagnóstico.

### Objetivo:

Extirpar el tumor con márgenes de seguridad.

### Alternativas:

De acuerdo a patología:

- Pólipo: Resección endoscópica
- NIC: Recononización
- Cáncer cérvix: conización o traquelectomía de acuerdo a estadio según corresponda
- Cáncer de Endometrio: resección endoscópica, terapia con progestágenos de acuerdo a estadio y riesgo según corresponda

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales del procedimiento:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fístulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; lesiones vasculares venosas o arteriales
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura
- Riesgo de perforación vesical o rectal
- Problemas y complicaciones derivadas de la histerectomía: infección de cúpula, de herida operatoria, sangrado vaginal, fístulas vesicales o rectales, dolor pélvico.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.



**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

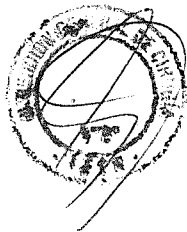
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° ..... con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

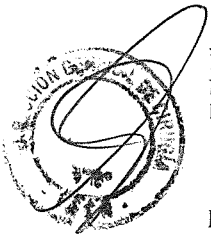
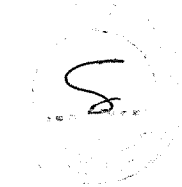
HISTERECTOMÍA TOTAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

HISTERECTOMÍA TOTAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

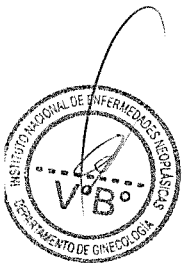
FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....







### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE VULVECTOMÍA SIMPLE

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Descripción del Procedimiento:**

Consiste en la extracción de la lesión vulvar que incluye piel y tejido celular subcutáneo y según extensión puede incluir clítoris y vagina, a través de una incisión que abarca toda la hemivulva y en algunos casos hemivulva contralateral, asegurando márgenes adecuados. En ciertas ocasiones hay dificultades en la cobertura del defecto siendo necesario de cierre con colgajos (segmento o masa de tejido).

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio anatomopatológico para obtener el diagnóstico definitivo.

**Objetivo:**

Retirar las lesiones malignas.

**Alternativas:**

Con respecto a las lesiones malignas una alternativa sería la radioterapia, siendo el método de elección en casos de las pacientes que no pueden someterse a cirugía por alguna condición que aumente la morbilidad perioperatoria. En caso de lesiones premalignas la alternativa es terapia tópica.

**Beneficios de realizar el procedimiento:**

Control de la enfermedad.

**Consecuencias de no realizar el procedimiento:**

Progresión de enfermedad.

**Riesgos reales y potenciales del procedimiento:**

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; lesiones vasculares venosas o arteriales
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura.
- Riesgo de lesión de esfínter vesical o rectal, conllevando insuficiencia de esfínter.
- Alteración de la función vaginal.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

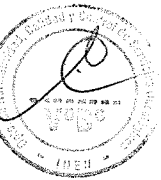
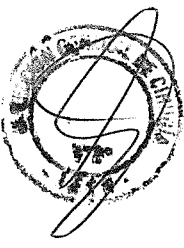
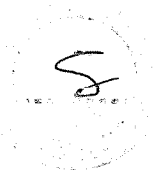
El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

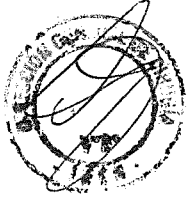
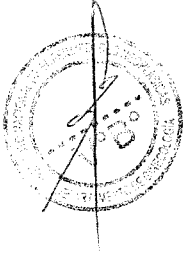




**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Hinchazón persistente de miembro inferior.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

VULVECTOMÍA SIMPLE

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

VULVECTOMÍA SIMPLE

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO  
HISTERECTOMÍA TOTAL**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

**Descripción del Procedimiento:**

La histerectomía total consiste en la extirpación del útero incluyendo el cuello uterino, con trompas uterinas y/o ovarios, según riesgo individual de cada paciente.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El abordaje quirúrgico en su caso se realizará por: Laparotomía ( ) Laparoscopia ( ),  
Pudiendo cambiar de tipo de intervención según los hallazgos en beneficio del paciente.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio para obtener el diagnóstico.

**Objetivo:**

Extirpar el tumor con márgenes de seguridad.

**Alternativas:**

De acuerdo a patología:

- Pólipo: Resección endoscópica
- NIC: Recononización
- Cáncer cérvix: conización o traquelectomía de acuerdo a estadio según corresponda
- Cáncer de Endometrio: resección endoscópica, terapia con progestágenos de acuerdo a estadio y riesgo según corresponda

**Beneficios de realizar el procedimiento:**

Control de la enfermedad.

**Consecuencias de no realizar el procedimiento:**

Progresión de enfermedad.

**Riesgos reales y potenciales del procedimiento:**

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; lesiones vasculares venosas o arteriales
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura
- Riesgo de perforación vesical o rectal
- Problemas y complicaciones derivadas de la histerectomía: infección de cúpula, de herida operatoria, sangrado vaginal, fistulas vesicales o rectales, dolor pélvico.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.



**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

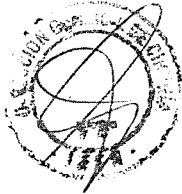
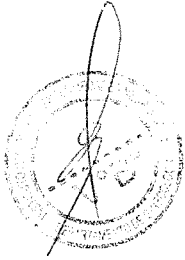
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

HISTERECTOMÍA TOTAL

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

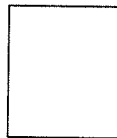
- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

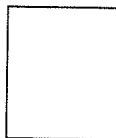
Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

HISTERECTOMÍA TOTAL

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO ESTADIAJE COMPLEMENTARIO DE CÁNCER GINECOLÓGICO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

Consiste en la extirpación de estructuras anatómicas que no fueron resecadas en la cirugía previa, como: anexos (trompas y/o ovarios), útero (histerectomía), omentectomía infracólica (resección del omento por debajo colon), biopsias múltiples de peritoneo (tomar muestras del tejido peritoneal del parietocólico derecho e izquierdo, de cúpula diafragmática derecha e izquierda), citología de líquido ascítico o de lavado peritoneal (tomar una muestra del líquido), linfadenectomía pélvica y/o paraaórtica (extracción de ganglios linfáticos que se encuentran rodeando los vasos ilíacos, la vena cava y aorta), por el diagnóstico de cáncer de ovario o cáncer de endometrio, según el órgano puede variar la técnica quirúrgica.

Tendrá apendicectomía dependiendo del tipo histológico.

El abordaje quirúrgico en su caso se realizará por: Laparotomía ( ) Laparoscopia ( ), pudiendo cambiar de tipo de intervención según los hallazgos, en beneficio del paciente.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

En caso de metástasis tumoral en el intestino u otros órganos adyacentes, se suspende estadiaje y se procede a realizar citorreducción de ovario o endometrio, según el órgano afectado, con posibilidad de reseca órganos comprometidos. Dicha cirugía puede extenderse mediante la cooperación quirúrgica con otros departamentos especializados, como cirugía de abdomen y / o urología.

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio para obtener el diagnóstico.

### Objetivo:

Evaluar la extensión de la enfermedad, para determinar la estadificación quirúrgica, y definir tratamiento.

### Alternativas:

Quimioterapia y / o radioterapia, Observación.

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

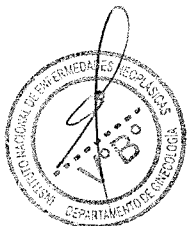
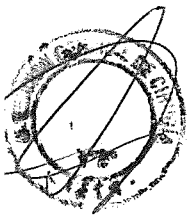
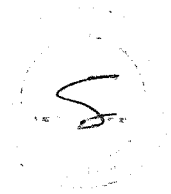
### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de la enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa entre otras). Estos riesgos pueden ser:

- Conversión de cirugía laparoscópica a abierta.
- No conseguir la resección completa.
- Desarrollo de infección urinaria.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio
- Complicaciones de la apertura del abdomen: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fístulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura
- Problemas y complicaciones derivadas de la histerectomía: infección de cúpula, sangrado vaginal, fístulas vesicales, ureterales o rectales, dolor pélvico, lesión ureteral, quedar con sonda foley, disfunción vesical, la cual puede requerir sonda foley y medicación, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de sensibilidad), o hipoestésias (disminución de la sensibilidad), lesiones vasculares severas (arterias ilíacas, hipogástricas), lesiones venosas, sección del nervio obturador, que puede producir dolor, pérdida de la sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele.
- Problemas y complicaciones derivadas de la linfadenectomía: lesión de grandes vasos, hemorragia, linfocele, e inclusive la muerte.





- Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos, de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de fallecer.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.



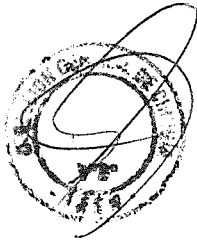
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

Pronóstico: Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.







DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° ..... con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

ESTADIAJE COMPLEMENTARIO DE CÁNCER GINECOLÓGICO

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N°....., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

ESTADIAJE COMPLEMENTARIO DE CÁNCER GINECOLÓGICO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

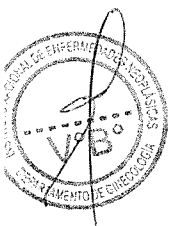
FECHA: ..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE HISTEROSCOPIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

La histeroscopia es un procedimiento laparoscópico endoscópico, que consiste en ingresar con una cánula delgada que porta una cámara conectada a un monitor, llamado histeroscopio, a través del orificio cervical del cérvix, hacia la cavidad uterina. Esta puede ser realizada en sala de procedimientos menores sin necesidad de anestesia o bajo sedación, sobre todo en paciente con cuello uterino estenosado, que requiere dilatación, en tal caso los riesgos y tipo de anestesia será informado por el anesthesiologo. Este procedimiento puede ser diagnóstico, en este caso se utiliza un liquido para distender la cavidad uterina y permitir la visualización de las lesiones; y así mismo terapéutico, pues mediante la inserción de una resectoscopio se puede extirpar lesiones de la cavidad endometrial. Cuando es terapéutico se utiliza un liquido especial, para distender la cavidad uterina.

Las lesiones extirpadas durante el procedimiento serán remitidas para estudio para obtener el diagnóstico

### Objetivo:

Realizar un diagnóstico certero de aquellas lesiones localizadas en la cavidad endometrial, tomar biopsia dirigidas o extirparlas en su totalidad.

### Alternativas:

La Observación, con el riesgo de tener una lesión neoplásica, y consecuente la progresión de la enfermedad. Pacientes con alta sospecha de cáncer, pueden beneficiarse de histerectomía simple y la evaluación intraoperatoria del tumor uterino, tomando en cuenta las deficiencias de la congelación del tumor intraoperatoria, la cual deberá ser correlacionada con el estudio de patología final, que puede tener algunas diferencias pronósticas.

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Diagnosticar lesiones preneoplásicas o neoplásicas iniciales, las cuales pueden ser curativas con manejo quirúrgico radical.

### Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

Riesgo de progresión de enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

- Lesiones de órganos adyacentes como el recto, vejiga, útero, canal endocervical o vagina.
- Sangrado y Hematoma por perforación uterina o desgarro cervical.
- Dolor: El dolor en el sitio quirúrgico es intenso durante 2 a 3 días después de la cirugía.
- Tromboembolismo: Las embolias pueden ocurrir en los pulmones, el cerebro, el corazón o las extremidades inferiores.
- Infecciones: La infección puede ocurrir a nivel del endometrio o vagina
- Complicaciones por Efecto Vasovagal: En el caso de estimulación uterina puede ocurrir un efecto vasovagal, el cual consiste en presión arterial baja, taquicardia, relajación de esfínteres. Se proporciona una terapia de apoyo adecuada para reducir estos casos. Si los síntomas son graves o la recuperación se retrasa, los pacientes pueden someterse a un ventilador y a un tratamiento en la unidad de cuidados intensivos. En casos severos, estas ocurrencias pueden conducir a la muerte.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

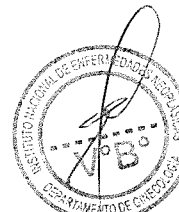
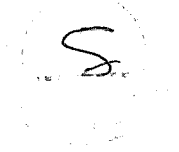
Para el procedimiento se utiliza la glicina, que puede ocasionar síndrome hiperosmolar por extravasacion del producto, quemaduras accidentales en caso de utilizar electrocirugía.

Pronóstico: Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de .... años de edad, identificado(a) con DNI N° .... con domicilio en .... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: .... con número de Historia Clínica N° .... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: .... con CMP N° .... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

HISTEROSCOPIA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarse adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

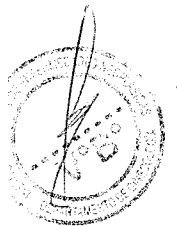
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de .... años de edad, con domicilio en ....; con DNI N° ...., en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

HISTEROSCOPIA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TRAQUELECTOMÍA SIMPLE

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

La traquelectomía simple implica reseca el cérvix en su totalidad o de manera parcial, menos de 1cm de la parte superior de la vagina, con la preservación de los ovarios, trompas y cuerpo uterino por diagnóstico de NM de cervix microinvasor

Una vez que el cérvix es resecado es enviado a congelación, estudio por el patólogo durante el acto operatorio, del tejido resecado, de ser informado de tener márgenes libres para cáncer se conservará el útero, de tener márgenes comprometidos se completará con histerectomía (la resección completa del útero).

Dicho procedimiento se realizará por vía vaginal.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anesthesiologo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

### Objetivo:

Extirpar los sitios de tumor primario del cuello uterino, vagina y parametrios, con el objetivo de obtener una muestra de tejido para estudio anatomopatológico.

### Alternativas:

- Histerectomía simple versus histerectomía radical, según las características de riesgo del tumor, sin la preservación de la fertilidad.
- En preservación de fertilidad podemos ofrecer un recono, como opción de tratamiento, teniendo márgenes libres.
- Observación.

### Consecuencias de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

### Consecuencias de NO realizar el procedimiento:

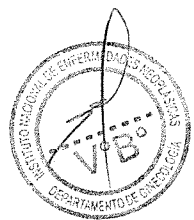
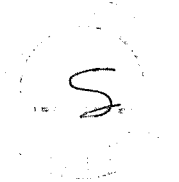
Progresión de la enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa). Estos riesgos pueden ser:

- No conseguir la resección completa.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Complicaciones de la apertura del abdomen en casos de Laparotomía: parálisis intestinal, obstrucción intestinal peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fistulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares; lesiones vasculares venosas o arteriales
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica en caso de Laparotomía: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura.
- Problemas y complicaciones derivadas de la traquelectomía simple: infección de cúpula, de herida operatoria, sangrado vaginal, fistulas vesicales o rectales, dolor pélvico, lesión ureteral, quedar con sonda foley.

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.





Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento del riesgo de muerte, siendo esta posibilidad bastante infrecuente.

**Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:**

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

*Cefalosporinas:* en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.

*Clindamicina:* dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

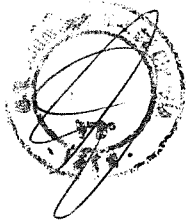
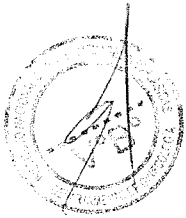
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr./Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° ..... con domicilio en .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TRAQUELECTOMÍA SIMPLE

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

TRAQUELECTOMÍA SIMPLE

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA POR NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

La laparoscopia diagnóstica consiste en la evaluación de la cavidad abdominopélvica mediante la introducción de trócares e instrumentos (óptica, pinzas), a través de 2-3 pequeñas incisiones en la pared abdominal, bajo observación directa, y la creación de un espacio de trabajo tras la introducción de gas en abdomen, con posibilidad de toma de muestras para estudio de citología o histología.

Según hallazgos intraoperatorios, existe la posibilidad de realizar una laparotomía exploratoria.

Esta intervención precisa anestesia. El médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

### Objetivo:

Evaluar la cavidad abdominopélvica para confirmar enfermedad, diagnóstico, extensión y resecabilidad de enfermedad.

### Alternativas:

- La cirugía convencional: laparotomía exploradora.
- Biopsia por Radiointervencionismo.
- Tratamiento medico
- Observación

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Determinar el diagnóstico, pronóstico y planificación de tratamiento adecuado de la enfermedad.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de la enfermedad.  
Riesgo de fallecimiento.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados del procedimiento, que puede afectar otros órganos, como aquellos debidos a comorbilidades del paciente (diabetes mellitus, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, cirugías previas, quimioterapia previa, radioterapia previa entre otras). Estos riesgos pueden ser:

- Conversión de cirugía laparoscópica a abierta.
- Desarrollo de infección urinaria.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto operatorio como en el postoperatorio
- Complicaciones de la apertura del abdomen: lesión de grandes vasos, parálisis intestinal, obstrucción intestinal, peritonitis (infección de la cavidad intestinal); fístulas intestinales, sepsis.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diversos grados, dehiscencia de sutura (apertura de la herida), eventración intestinal (salida de asas intestinales a través de la herida); defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura
- Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos, de urgencia.
- Fallecimiento.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

El uso de medicación preoperatoria, como antibiótico profilaxis:

**Cefalosporinas:** en la cefalosporina de primera generación son el rash dérmico y la fiebre por drogas, también se describe flebitis (inflamación de las venas), prurito y anorexia, la anafilaxia (reacción alérgica grave) es muy rara, pero debe tenerse en cuenta con pacientes con alergia.



*Clindamicina*: dolor en el abdomen, diarrea, alteraciones e las pruebas de la función del hígado, náuseas, vómitos, sarpullido de color rojizo en la piel con pequeñas pápulas (granos), reacciones alérgicas graves.

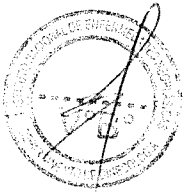
En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de antibiótico profilaxis.

**Pronóstico:** Bueno ( ) Reservado ( )

**Recomendaciones:**

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal o por herida operatoria rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.







DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, Sr/Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° .....; en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con el Diagnóstico: .....

Declaro:

Qué, el Médico: ..... con CMP N° ....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA POR NEOPLASIA GINECOLÓGICA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. .... de ..... años de edad, con domicilio en .....; con DNI N° ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA POR NEOPLASIA GINECOLÓGICA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: .....
DNI N°: .....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: .....
CMP N°: ..... RNE N°: .....



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONIZACIÓN CERVICAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN:  
"Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

### Descripción del Procedimiento:

Consiste en la extirpación de la zona de transformación del cuello uterino, lugar donde se albergan las lesiones preinvasivas o lesiones con sospecha de invasión y cáncer, con un asa de electrocauterio (Cono LEEP) o con un bisturí frío (Cono Frío) y colocación de suturas hemostáticas.

Estos procedimientos usualmente se realizan bajo anestesia local o bajo anestesia Regional.

En caso se realice Cono Frío, el médico anestesiólogo valorará su caso y le informará del tipo de anestesia más adecuada para usted.

En su caso se realizará: Cono FRÍO ( ) Cono LEEP ( )

La pieza o piezas extirpadas durante la intervención serán remitidas para estudio anatomopatológico con la finalidad obtener el diagnóstico definitivo.

### Objetivo:

Erradicar la lesión del cuello uterino para su diagnóstico.

### Alternativas:

Observación o histerectomía en casos seleccionados.

### Beneficios de realizar el procedimiento:

Control de la enfermedad.

### Consecuencias de no realizar el procedimiento:

Progresión de enfermedad.

### Riesgos reales y potenciales:

A pesar de la adecuada selección de la técnica y su adecuada realización, pueden presentarse riesgos, como:

- No conseguir la resección por mala exposición del cuello uterino.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- Hemorragia en el procedimiento y días posteriores al procedimiento.
- Riesgo de perforación vesical o rectal.
- Problemas y complicaciones derivadas del cono: infección, sangrado vaginal, fistulas vesicales o rectales, dolor.
- Reintervención.
- Efectos Reproductivos: Estenosis cervical (8%): que puede impedir flujo menstrual, paso de instrumentos por el canal endocervical y la visualización de la zona de transformación, puede impedir la migración de los espermatozoides a la cavidad uterina, impedir dilatación en el trabajo de parto, puede ocasionar una ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto, pérdida del embarazo en el segundo trimestre (1.6%), nacimiento prematuro: parto prematuro Espontáneo: < 37 semanas: 9.5%, < 32-34: 3.2%, < 28 - 30 semanas: 0.7%, necesidad de Cerclaje cervical (4%).

Estas complicaciones habitualmente se tratan con tratamiento médico, pero pueden requerir una reintervención, en algunos casos, de urgencia.

### Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

El uso de medicación intraoperatoria:

*Xilocaina*: los posibles efectos adversos son excitación, depresión, nerviosismo, vértigo, visión borrosa, convulsiones. En caso sea alérgico a uno de este medicamento varía el esquema de medicamento.

Pronóstico: Bueno ( ) Reservado ( )

### Recomendaciones:

Si presenta alguno de los siguientes síntomas después de recibir el alta, retorne para evaluación al INEN, ya que es posible que se requiera un examen o tratamiento hospitalario:

- Secreción maloliente.
- Fiebre alta superior a 38 grados centígrados.
- Sangrado vaginal rojo o rosado persistente o que empeora.
- Empeoramiento del dolor después de ser dado de alta.



PERÚ

Sector Salud

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, Sr./Sra. .... de ..... años de edad, identificado(a) con DNI N° ..... con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) del paciente: ..... con número de Historia Clínica N° ..... con el Diagnóstico: .....  
Declaro:  
Qué, el Médico: ..... con CMP N° ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

**CONIZACIÓN CERVICAL**

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud.
- 2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
- 3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezco.
- 4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
- 5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....

**REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo Sr./Sra. .... identificado (a) con DNI N° ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de Paciente ( ), Padre ( ), Madre ( ), o Apoderado ( ) he decidido **Revocar el Consentimiento firmado en fecha** ..... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido **NO AUTORIZAR** la realización de

**CONIZACIÓN CERVICAL**

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ...../...../..... HORA: .....

Firma del Paciente o representante legal  
Nombre y Apellidos: .....  
DNI N°: .....



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado  
Nombre y Apellidos: .....  
CMP N°: ..... RNE N°: .....