

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	MIOMECTOMIA
Página 23 de 37	12

En _____ a _____ de _____ de 20____
(Lugar y fecha)

(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (a) _____
como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe, me realicen cirugía DE MIOMECTOMÍA
como tratamiento para miomatosis uterina.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la extirpación de uno o más miomas tratando de conservar el útero o matriz, la cual puede realizarse por: laparoscopia, histeroscopia, microlaparotomía (pequeña herida), o comúnmente vía abdominal (herida en la cara anterior del abdomen). Entiendo que existe la posibilidad según el estado de los miomas de que el cirujano se vea en la necesidad de proceder a una HISTERECTOMÍA, cirugía que consiste en la extirpación del útero con o sin cuello, lo que supone la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones, La histerectomía puede llevar asociadas la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención. Al extirpar los ovarios se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

Esta cirugía no garantiza la desaparición total de los miomas, ni evita la posibilidad de que aparezcan nuevos miomas en el futuro. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como hormonales para las hemorragias y para disminuir temporalmente su tamaño, y analgésicos para el dolor, los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico de MIOMECTOMÍA.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones de la miomectomía: náuseas, vomito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...), reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, cambios en la sensibilidad de la piel, heridas o quemadura por bisturí eléctrico involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga u otros

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	MIOMECTOMIA
Página 24 de 37	12

órganos, dolor pélvico, adherencias, fistulas, eventración (hernias en la cicatriz), prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, cuando se saca la matriz, problemas en los ovarios cuando se conservan los anexos o ruptura uterina en un embarazo posterior.

También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, trombosis o hemorragia severa con choque, que aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida, derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente. Entiendo claramente que si es necesario realizar HISTERECTOMÍA esta operación me dejará con una permanente incapacidad para tener hijos y acepto la infertilidad producida por ella.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Entiendo que para esta cirugía, se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior en siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice MIOMECTOMIA.

Paciente

Testigo

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____