

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOMECTOMÍA**

Consiento que el/la doctor/a como cirujano/a y sus ayudantes me realicen una Miomectomía como tratamiento para miomatosis uterina.

Entiendo que ésta cirugía consiste básicamente en la extirpación de uno o más miomas tratando de conservar el útero, la cual puede realizarse por laparoscopia, histeroscopia, microlaparotomía (pequeña herida abdominal) o comúnmente vía abdominal (herida en cara anterior del abdomen). Entiendo que existe la posibilidad, según las condiciones anatómicas de que el cirujano deba proceder a una Histerectomía (extirpación del útero) con o sin cuello, lo que supone imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía puede llevar asociada la extirpación de 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.

Ésta 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 no es posible garantizar resultado alguno, pues la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta, debiendo mi médico/a colocar todo su conocimiento y pericia para intentar obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamientos como el hormonal para hemorragias y analgésicos para el dolor, los cuales no acepto y voluntariamente he elegido la Miomectomía como procedimiento quirúrgico terapéutico.

Entiendo que como toda intervención quirúrgica, y por causas independientes del actuar médico, se pueden presentar complicaciones poco comunes y potencialmente serias, que podrían requerir de tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómitos, dolor, inflamación, hematomas (acumulación de sangre) en piel o cúpula vaginal, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas en piel y/o vagina (reacción a cuerpo extraño), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragia con posible necesidad de transfusión sanguínea (intra o postoperatoria), infecciones con posible evolución febril, íleo paralítico (acumulación de gases y líquido en el intestino), reacciones alérgicas, anemia, heridas o quemaduras por bisturí eléctrico involuntarias, adherencias, ruptura uterina en un futuro embarazo, fístulas (escape involuntario de orina o materia fecal por vagina). La posibilidad de complicaciones severas como pelviperitonitis (infección generalizada en el abdomen), trombosis (formación de coágulos) y muerte.

Entiendo claramente que si es necesario realizar HISTERECTOMÍA ésta cirugía me dejará con una imposibilidad permanente de 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 éste procedimiento requiere anestesia, la cual se evaluará y realizará por el Servicio de Anestesia.

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

He entendido los cuidados que debo tener antes y después de la cirugía, estoy satisfecha/o con la información brindada por el/la médico/a tratante, quien lo ha hecho en lenguaje claro y sencillo, me ha dado la oportunidad de preguntar y evacuar dudas, y todas ellas han sido resueltas. Además, entiendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conlleva éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

En tales condiciones autorizo que se me realice MIOMECTOMÍA.

.....

FIRMA DEL PACIENTE

.....

ACLARACIÓN

.....

DNI

.....

CIUDAD Y FECHA

**REVOCABILIDAD:**

Habiendo comprendido lo informado por escrito y verbalmente, y estando en pleno uso de mis facultades; manifiesto que en uso de mis derechos como Responsable, NO otorgo consentimiento para:

- Que se realice el procedimiento ..... asumiendo los riesgos que se deriven de mi decisión.

.....

Firma del padre/madre o Responsable Firma Testigo

DNI N°:.....