

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOMECTOMIA

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (Art.15y 16)

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará por lo que solicitamos llene de su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

La Paciente de años

Con CC N° de

Y/o El Señor/Señora

con CC N° de

en calidad de representante legal; familiar o allegado.

DECLARAN

Que el Doctor:; identificado con CC N° de; Ginecólogo Obstetra con R.M:Me ha explicado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación, una **MIOMECTOMIA ABDOMINAL**, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La miomectomia es la extirpación quirúrgica de uno o varios nódulos uterinos llamados miomas; preservando el útero.
2. Aunque en principio siempre el fin primordial es preservar el útero, ocasionalmente y debido al lugar donde se encuentran, a sus dimensiones y a la existencia de complicaciones intraoperatorias fundamentalmente hemorragias, es necesario realizar una histerectomía (extirpación del útero).
3. A pesar de la extirpación de los miomas, es posible que en un futuro puedan aparecer otros miomas.
4. En casos de múltiples nódulos miomatosos y/o asociados a adenomiosis (endometriosis uterina), no se puede garantizar la extirpación total de los miomas, bien por su naturaleza, situación, por su pequeño tamaño o por hacer peligrar la integridad anatómica del útero.
5. De manera expresa autorizo a que el material obtenido sea enviado para su estudio histológico (escriba Sí ó NO en el espacio en blanco)
6. La Miomectomia requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
7. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del: acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: *Mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, obesidad, alergias, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas.* Por lo tanto, por mi situación actual de:..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones
8. Puede ser realizada por laparotomía o laparoscopia, según criterio medico
9. Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Hemorragias intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión)
- Imposibilidad quirúrgica para realizar la miomectomía total o parcial.
- 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)
- Lesiones de órganos vecinos principalmente: porción cornual de las trompas de falopio, vejiga, uréter e intestinos
- Hematomas (acumulación de sangre coagulada): sobre la herida o en la pelvis.
- Abertura de cavidad uterina con riesgo de sinequias intrauterinas y/o fístulas (comunicaciones anómalas) entre: útero y vejiga, vagina o recto.
- Adherencias pélvicas que pueden comprometer mi futuro reproductivo.
- Eventraciones y/o evisceraciones pos quirúrgicas.

Por lo tanto, por mi situación actual de:..... entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.

10. En determinadas circunstancias pueden existir otras opciones de tratamientos (Análogos de la GnRH, Progestágenos) y quirúrgicos (embolizaciones, Laparoscopia, histerectomía) los cuales me han sido explicados.
11. Si me llegaran a extirpar el útero (Histerectomía), hay ausencia de menstruaciones y no es posible que consiga un embarazo.
12. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Escriba **SI** ó **NO** en el espacio en blanco punteado.

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo

El Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al Doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

Y en tales condiciones

ACEPTO

Que se me realice una **MIOMECTOMIA ABDOMINAL**

Firma Paciente

Firma Testigo

Firma Médico

Ciudad y fecha