

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA  
CIRUGÍA DE MIOMATOSIS UTERINA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Los Miomas Uterinos** son tumores benignos del útero que aparecen como tendencia familiar y se ven favorecidos en su crecimiento por antecedentes personales (Ej., por no haber tenido hijos) y por efecto de los estrógenos, sean del propio ovario o por preparados farmacéuticos (hormonas), y que tienden a la atrofia después de la menopausia.

Cuando producen complicaciones (anemia por menstruaciones abundantes, dolor intratable o infertilidad (por falta de embarazos o por pérdida de ellos) y en condiciones de crecimiento excesivo, puede ser necesaria su extirpación quirúrgica.

La eliminación de solamente los miomas (Miomectomía) detectados previamente por los métodos de diagnóstico, o los que se ven en la operación, no garantiza que no haya otros que puedan crecer posteriormente, y en un 25% de las miomectomizadas hay que reoperar años más tarde.

En algunos de los casos en que se programa sólo la extracción de miomas, el cirujano puede verse obligado a extirpar el útero por sangrado o complicaciones operatorias, o a dejar algún remanente de mioma debido a los riesgos que produciría su extirpación. La extirpación del útero completo (Histerectomía) no tiene este riesgo de reaparición, pero la paciente queda totalmente impedida de tener más hijos.

Como es conocido que los miomas se achican después de que se terminan las menstruaciones, en algunos casos se facilita la operación al provocar una menopausia transitoria con medicamentos. Por lo tanto, con el diagnóstico de miomatosis uterina, según sea su tamaño, molestias, proximidad de la menopausia y deseo de preservar la fertilidad las alternativas de tratamiento son médico (vigilancia del crecimiento y tratamiento del dolor o sangrado), u operatorio (obstruir la circulación del mioma, cauterización del endometrio, Miomectomía o Histerectomía), cada una con ventajas y desventajas médicas y de costo.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intra operatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representantes legales, en su caso, informados de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**Poco graves:** sangramiento, dolor o infección local.

**Las complicaciones graves** (hemorragia masiva, lesión de órganos vecinos, trombosis venosas) son muy infrecuentes y pueden requerir una nueva intervención).

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado**, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía De Miomatosis Uterina** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE MIOMATOSIS UTERINA**, por el Dr.(a) \_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)