

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MIOMECTOMIA TRANSABDOMINAL

Dentro de las normas exigidas al profesional médico en Venezuela por la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y la Ley de Ejercicio de la Medicina, el suscrito Especialista se encuentra en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente. 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 espacios en blanco.

La paciente _____ de _____ años
C.I.N° _____ natural de (ciudad, país) _____

Y/o el señor/señora _____
C.I.N°: _____ natural de (ciudad, país) _____
En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor: RICARDO GOMEZ BETANCOURT identificado con la CIV.-6970277, códigos MSDS 41861, Colegio de Médicos del Distrito Federal 16684, Especialista debidamente certificado en Ginecología y Obstetricia nos ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la Miomectomía Transabdominal:

1. La miomectomía 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 o NO en el espacio en blanco).
 6. La miomectomía 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 posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas, 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 médico.
 9. Las complicaciones propias de esta intervención son:
 - Hemorragias intra o posoperatorias (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 fistulas (comunicaciones anómalas) entre útero y vejiga, vagina o recto.
 - Adherencias pélvicas que pueden comprometer mi futuro reproductivo.
 - Eventraciones y/o evisceraciones posquirúrgicas.
- 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 SÍ o NO en los espacios en blanco:

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, puedo revocar 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. En tales condiciones

ACEPTO

Que el doctor RICARDO GOMEZ BETANCOURT me realice una MIOMECTOMIA TRANSABDOMINAL.

Firma paciente _____

Firma testigo _____

Firma médico _____

En Caracas a los _____ días del mes de _____ de 20__