

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

El principal propósito de esta intervención es la resolución de una bartholinitis y/o extirpación de un quiste crónico de la glándula de Bartholino.

Características

La intervención puede efectuarse bajo anestesia local o regional (raquídea), que será valorada bajo la vigilancia del Médico Anestesiólogo.

Existen varias técnicas:

- Drenaje de la glándula inflamada.
- Drenaje y marsupialización de un quiste de la glándula de Bartholino consistente en abrirla y formarle un nuevo conducto de salida.
- Extirpación de la glándula de Bartholino: disección y eliminación total de la glándula con sutura de la zona donde estaba alojada la misma.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico (biopsias) posterior para obtener el diagnóstico definitivo. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada. Además, se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Riesgos

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de esta intervención quirúrgica, aunque raras, pueden ser:

- Hematoma perineal.
 - Infección del lecho quirúrgico.
 - Cicatriz que provoque dificultades o dolor en la relación sexual.
- En caso de extirpación bilateral, puede presentarse sequedad vaginal.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA GLÁNDULA DE BARTHOLINO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal