

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CORRECCION DEL PROLAPSO GENITAL (Cistocele, rectocele, prolapso uterino, prolapso vaginal, enterocele)

D/Dña de años de edad, con domicilio en
 , RUN N° y

D/Dña de años de edad, con domicilio en
 , RUN N°

,en calidad de (Representante, familiar o allegado).

DECLARO

Que el/la Dr/Dra , me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situacion, al tratamiento quirurgico de **CORRECCION DEL PROLAPSO GENITAL**

Este prolapso comprende el descenso del útero y/o la vagina, la vejiga, el recto e intestino. En mi caso concreto este descenso afecta a

La intervención quirurgica consiste en la extirpacion total o parcial del útero o su contención por vía vaginal cuando existe prolapso uterino y/o la reposición anatómica de la base vesical y/o de la pared anterior del recto, realizándose un refuerzo de los músculos y estructuras que forman el suelo pélvico. En caso de existir incontinencia urinaria asociada, se aplicarán las técnicas más idóneas para su corrección. En los casos en que el equipo quirúrgico lo estime conveniente o necesario se aplicarán mallas de contención.

Complicaciones y/o riesgos y fracasos: 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.

Existe una serie de posibles complicaciones específicas de esta intervención:

Infección urinaria. Retención temporal de la orina, que necesitará sondaje. Infección de la herida quirúrgica. Hematomas. Rechazo material (mallas y puntos). Retención urinaria. Necesidad de Reintervención.

Excepcionalmente: pueden aparecer complicaciones potencialmente severas: Lesiones en la vejiga, úretra o uréteres. Quemaduras por electrocirugía. Fístulas.

Posteriormente: existe el riesgo de aparición de:

Prolapso de cúpula vaginal en caso de histerectomía. Prolapso de las paredes vaginales, vejiga y recto. Incontinencia urinaria.

Ninguna de las intervenciones quirurgicas garantiza la curación del prolapso de forma permanente. Existe un porcentaje de fracasos de hasta un 20%. Si en el momento del acto quirurgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirurgica habitual o programada

Por mi situacion actual, el medico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones debido a:

Cuidados: Me han sido explicadas las precauciones y el tratamiento que en su caso, he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

Anestesia: La Intervención precisa efectuarse bajo la anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del Servicio de Anestesia.

Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que en todo caso, se realizaría con las precauciones debidas y por el personal calificado.

Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatópatológico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, 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.

Otras Alternativas

Existen otras opciones terapéuticas como gimnasia perineal o colocación de pesarios vaginales, dependiendo del grado o particularidades del prolapso genital existente

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy complacido(a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento .

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para **CORRECCION DEL PROLAPSO GENITAL**

FIRMA _____

DOCTOR

FIRMA _____

PACIENTE

FIRMA REPRESENTANTE _____

En Ovalle (Fecha)

REVOCAACION

D/Dña de años de edad, con domicilio en , RUN N° y

D/Dña de años de edad, con domicilio en , RUN N°

,en calidad de (Representante, familiar o allegado).

REVOCO el consentimiento Prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Ovalle, (Fecha)

Firma Paciente _____

Firma Doctor _____

Firma Representante _____