



Consentimiento Informado para
Cirugía de Corrección del Prolapso
Genital
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Cirugía de Corrección del Prolapso Genital

Consentimiento Informado – Ginecología-Obstetricia

Consentimiento Informado para Cirugía de Corrección del Prolapso Genital

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para:
CORRECCIÓN DEL PROLAPSO GENITAL

- 1) 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:

.....

- 2) La intervención quirúrgica consiste en la extirpación 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 aplicaran las técnicas más idóneas para su corrección, como se explica en el documento específico. En los casos en que el equipo quirúrgico lo estime conveniente o necesario se aplicarán mallas de contención. En mi caso la técnica que se utilizará será de no tener hijos así como ausencia de menstruaciones.

- 3) Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

- a) 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 vejiga, uretra 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.
- b) Ninguna de las intervenciones quirúrgicas garantiza la curación del prolapso de forma permanente. Existe un porcentaje de fracasos de hasta un 20%.
- c) Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.
- d) Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....
- 4) 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.
- 5) La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del servicio de Anestesia.
- 6) 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.
- 7) La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio 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.
- 8) 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 con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

CORRECCIÓN DEL PROLAPSO GENITAL

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).