

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO GENITAL
(Cistocele, Rectocele, Prolapso uterino, Prolapso vaginal, Enteroccele)**

D/Dña _____ de _____ años de edad
con domicilio en _____ RUT N° _____
D/Dña _____ de _____ años de edad
con domicilio en _____ RUT N° _____
en calidad de _____ (Representante, familiar o allegado).

DECLARO:

Que el/la Dr/Dra _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de **CORRECCIÓN 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 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. 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 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.

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

Por mi situación actual, el médico 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 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 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.

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 satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto. Y en tales condiciones

ACEPTO Que se me realice la **CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROLAPSO GENITAL**

Paciente: _____
Firma Rut

Representante del paciente:
Rut Firma Nombre

Parentesco: _____.

Con esta fecha, yo _____revoco mi consentimiento prestado anteriormente, asumiendo la responsabilidad de esta decisión, y en pleno conocimiento de las consecuencias de que esto se pueda derivar.

Firma: _____, Fecha: _____.-

El profesional que suscribe, declara haber informado al paciente (o su representante) el diagnóstico, los procedimientos necesarios, el tratamiento indicado y sus eventuales riesgos.

Nombre Rut Firma

Ovalle, _____.