

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE PROLAPSO GENITAL

INTRODUCCIÓN

Apreciado Usuario:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital Universitario San Ignacio. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas.

En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

INFORMACIÓN GENERAL

¿QUÉ ES UN PROLAPSO GENITAL?

Un prolapso genital es el descenso anormal de un órgano pélvico (vejiga, útero, intestino, uretra o vagina) que altera la función de estos órganos, produce síntomas incómodos y puede afectar la salud general.

¿CUANDO SE HACE?

En casos de prolapsos sintomáticos o severos donde no se puede contemplar la opción del tratamiento médico con pesarios.

¿CÓMO SE HACE?

Hay varios procedimientos quirúrgicos dependiendo del tipo de prolapso. Las cirugías clásicas denominadas colporrafias, implican reparar los tejidos mediante el uso de suturas convencionales a través de la vagina.

Las cirugías con materiales sintéticos, consisten en el uso de malla o suturas permanentes para la corrección del prolapso por vía vaginal o abdominal

En las cirugías obliterativas, reservadas para las pacientes sin vida sexual, el objetivo es cerrar parcial o totalmente la vagina con suturas.

BENEFICIOS

En general, finalidad de la cirugía de prolapso es restablecer la posición correcta de los órganos pélvicos para mejorar la incontinencia urinaria o fecal, el dolor

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE PROLAPSO GENITAL

pélvico crónico, la dilatación renal y la función sexual.

POSIBLES RIESGOS

Dentro de los principales efectos adversos de cualquier cirugía reconstructiva de prolapso podemos citar:

- Retención urinaria en el postoperatorio.
- Infección o hematoma del sitio operatorio
- Lesión de órganos vecinos (vejiga, uretra, uréteres, recto, intestino delgado) o vasos sanguíneos.
- Comunicaciones anormales (fístulas) de la vagina con la uretra, la vejiga o el recto.
- Dolor vaginal, inguinal o pélvico persistente.
- Dispareunia (dolor con las relaciones sexuales).
- Aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo o urgencia.
- Incontinencia fecal.
- Reparación del prolapso.
- Exposición y migración del material sintético hacia la vagina u otros órganos.
- Laparotomía - cirugía por vía abdominal cuando no es posible o segura la vía vaginal.

Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente. En caso de ocurrir alguna complicación, el hospital procederá con los medios y recursos necesarios para su control.

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado y el médico que me ha atendido me ha permitido expresar todas mis observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir, en especial las siguientes:

También he sido informado que durante el acto quirúrgico, procedimiento o tratamiento se pueden presentar imprevistos que hagan al equipo médico variar la técnica o plan de manejo programado. Asimismo, he entendido y acepto que

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE PROLAPSO GENITAL

durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure mi identidad. En el mismo sentido he sido informado que este Hospital es un centro docente y que participaran en mi atención profesionales en entrenamiento, bajo supervisión del grupo de especialistas del servicio.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

En caso de ocurrir alguna complicación, el Hospital procederá con los medios y recursos que se requieran para su control, intentando minimizar en lo posible sus consecuencias.

Yo _____
Fecha _____

• He comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico _____ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

• La cirugía descrita está aceptada por la especialidad _____ como la mejor alternativa para solucionar mi problema y no existe una contraindicación especial para su realización.

• He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

• He informado al médico _____ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.

• Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los restantes cuidados médicos.

• Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE PROLAPSO GENITAL

- Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria, doy mi consentimiento:

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención y para que asista el personal autorizado. SI NO

- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas. SI NO

- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares. SI NO

- Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados. SI NO

Firmas

Paciente _____

Acudiente o tutor _____

Médico _____

Testigo _____