

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DEL PROLAPSO GENITAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Cirugía de Corrección del Prolapso Genital, el prolapso comprende el descenso del útero y/o la vagina, la vejiga, el recto e intestino.

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 ligamentos y fascias que forman el suelo pélvico. Existen distintos abordajes quirúrgicos, la reparación puede ser vía vaginal o vía abdominal. Vía vaginal se puede realizar con puntos de sutura (reparación sitio específica), otra técnica con "arpones" se anclan puntos desde la cúpula vaginal al ligamento sacrocoxígeo (suspensión sacrocoxígea) y la promontofijación con malla desde la cúpula o cervix al promontorio, la cual se realiza vía abdominal por laparotomía o laparoscopia, con disección del retroperitoneo.

En caso de existir incontinencia urinaria asociada, se aplicarán 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.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

Ninguna de las intervenciones quirúrgicas garantiza la curación del prolapso de forma permanente. Existe un porcentaje de fracasos de hasta un 30%.

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 representante legal, en su caso, informado de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como **otros específicos** del procedimiento:

- Infección urinaria.
- Recidiva precoz del prolapso
- Retención temporal de la orina, que necesitará sondaje no permanente o eventual liberación de malla instalada.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Hematomas, colecciones.
- Rechazo material (mallas, dispositivos y puntos).
- Retención urinaria e infección urinaria.
- Necesidad de Reintervención precoz o tardía.

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.

Ningún procedimiento está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy poco frecuente.

Otra alternativa:

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

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Corrección del Prolapso Genital,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DEL PROLAPSO GENITAL, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)