

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO GENITAL.

Ciudad y fecha:,/...../20.....-

1. Yo,..... con diagnóstico presuntivo de....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los riesgos del mismo, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a**, y a su equipo, a realizar una intervención quirúrgica conocida como.....que se realizará en.....-
2. El **prolapso genital** es el descenso o desplazamiento de los órganos pélvicos, como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén. La intervención consiste en corregir este descenso o desplazamiento mediante una serie de técnicas quirúrgicas. Sirven en primer lugar para la recuperación de la función perdida o deteriorada de los órganos afectados y secundariamente al restablecimiento anatómico de los mismos, cuando ello es posible.
3. La intervención quirúrgica puede realizarse a través de la vagina o del abdomen, y en este caso por laparoscopia o laparotomía. Básicamente consiste en la recolocación de las estructuras prolapsadas, bien reforzando ligamentos o fascias de sostén propias, o bien mediante la aplicación de mallas que refuerzan los tejidos dañados. Pueden realizarse varias técnicas en cada paciente, o bien añadir otras técnicas para corregir otros defectos adicionales, de estas lo más frecuente es la colocación de una banda bajo la uretra para remediar la incontinencia de orina. En ocasiones, puede ser necesario o conveniente, además, extirpar el útero.
 - 3.1 *Prolapso de Vejiga*: Se efectúa una incisión vaginal anterior (extirpando en ocasiones parte de la misma) separando y elevando la vejiga, reparando la fascia endopelviana. En mujeres con riesgo de recidiva, se pueden utilizar mallas. Si se asocia con incontinencia urinaria se corregirá convenientemente.
 - 3.2 *Prolapso uterino*: Puede ser necesario o no extirpar el útero (histerectomía vaginal) con fijación de la vagina a los ligamentos perineales. En caso de conservarse el útero, se realizará una histeropexia, es decir, la sujeción del útero a estructuras o ligamentos de la pelvis que requerirá la aplicación de mallas. Este último procedimiento se puede realizar por vía vaginal o abdominal.
 - 3.3 *Prolapso de cúpula vaginal*: Se realiza la fijación de la vagina ligamentos o estructuras propias, mediante suturas o mallas (en mujeres en donde previamente se ha realizado una histerectomía). Este procedimiento se puede realizar por vía vaginal o abdominal.
 - 3.4 *Prolapso rectal*: Se realiza mediante una incisión vaginal posterior, con el objeto de reparar el tabique rectovaginal utilizando la fascia recto-vaginal. Puede ser necesario o conveniente la colocación de una malla a ese nivel, bien a lo largo del tabique recto-vaginal, o bien en la porción superior (para prevención y/ o tratamiento del enterocèle).
 - 3.5 En todos los casos, si además coexiste una afección del periné es conveniente reparar las estructuras perineales dañadas (ulva, vagina, músculos, esfínter del ano, recto, etc.).
4. La intervención enunciada en el punto 1.- me ha sido totalmente explicada por el cirujano, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 4.1 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, y de manera ejemplificativa, las siguientes:
 - 4.1.1.1 **Frecuentes**: Infección urinaria, retención aguda de orina, seroma, hematoma, alteraciones en la cicatrización de la herida (cicatrización queloide o hipertrófica), evisceración, eventración.

Firma del paciente o representante/s

4.1.1.2 **Menos frecuentes:** Dispaurenia, lesión de vejiga, uretra o uréteres, prolapso de las paredes vaginales, vejiga y recto o de la cúpula vaginal en caso de histerectomía, incontinencia de orina, fístulas. Desplazamientos de las mallas con exteriorización de la misma, erosión de órganos vecinos, infección crónica y/ o retracción.

4.1.1.3 **Infrecuentes pero Graves:** Lesiones vasculares.

5. Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.-
6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-
7. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
8. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer.....
9. Se me ha informado acerca de las alternativas terapéuticas, puntualizándoseme la siguiente:
.....
....., aunque en mi caso se me ha explicitado que de acuerdo a mi estado actual de salud, resulta mas aconsejable el procedimiento quirúrgico propuesto. Se me han explicado las consecuencias que pueden derivarse de la elección de tratamiento alternativo.-
10. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-
11. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
12. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:
13. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.-
14. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

15. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que lo integran, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.-

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono:Teléfono:

Domicilio:Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: