

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

NOMBRE DEL PACIENTE

En forma voluntaria consiento en que la Doctor RODRIGO ALBERTO OTERO MERLANO como cirujano y el ayudante que el designe, me realice cirugía de COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR, la cual es necesaria y conveniente por mi situación actual.

La colporrafia anterior y posterior consiste en la resección y sutura de la mucosa vaginal redundante en la pared anterior y posterior de la vagina.

La colporrafia anterior y posterior está indicada principalmente como tratamiento en: descensos o prolapsos de la pared anterior o posterior de la vagina (colpocele), uretra (uretrocele), vejiga (cistocele) y recto (rectocele). Igualmente, en casos de desgarros perineales y en algunos casos de incontinencias urinarias o como complemento de la histerectomía vaginal. El hecho de indicar este procedimiento se debe a que, en mi situación actual, no existe otra mejor alternativa.

La colporrafia anterior y posterior requiere anestesia que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.

Como en toda intervención médica existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente.

Las complicaciones propias de esta intervención son:

- Hemorragia intra o postoperatoria (con la posible necesidad de transfusión)
- Hematoma (acumulación de sangre coagulada sobre la herida o en la pelvis)
- Desgarro perineales con compromiso del esfínter del ano
- Dispareunia (dolor con las relaciones sexuales)
- Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga e intestinos
- Infecciones de la herida pélvica o urinarias
- Fístula vesico-vaginales e intestinales (comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina)

A pesar de haberse realizado esta cirugía es posible que en el futuro puedan presentarse nuevamente descensos o prolapsos de los órganos corregidos o incontinencia urinaria.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del médico quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR.

Firma del paciente _____

C.C. _____

Ciudad y fecha _____ Índice derecho