

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLPORRAFIA ANTERIOR Y COLPOPERINEORRAFIA**

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia en la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que le será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (Art. 15 y 16).

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La Paciente ..... de ..... años

CCNº:..... de .....

Y/o El señor/señora .....

CCNº:..... de .....

En calidad de representante legal; Familiar o allegado.

**DECLARAN:**

Que el Doctor:.....identificado con CC Nº:.....de .....;Ginecólogo Obstetra con R.M:.....me ha Informado que es necesario/conveniente realizar, por mi situación actual, una **COLPORRAFIA ANTERIOR y COLPOPERINEORRAFIA**, para lo cual nos ha suministrado la siguiente información:

1. La Colporrafia anterior y colpoperineorrafia consiste en la resección y sutura de la mucosa vaginal redundante en la pared anterior y posterior de la vagina.
2. La Colporrafia anterior y colpoperineorrafia esta 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 una mejor alternativa. En mi caso concreto, la indicación es:  
.....
3. La Colporrafia y colpoperineorrafia requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
4. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posterior a la intervención con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud y que pueden ser derivados del: acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de *40 años hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas*. Por lo tanto, por mi situación actual de:.....  
entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones.
5. Las complicaciones propias de esta intervención son:
  - *Hemorragias intra o Postoperatoria* (con la posible necesidad de transfusión)

- *Hematomas* (acumulación de sangre coagulada): *sobre la herida o en la pelvis*
- *Desgarro perineales con compromiso del esfínter del ano.*
- *Dispareunia* (dolor con relaciones sexuales)
- *Lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga e intestinos*
- *Infecciones de la herida, pélvicas o urinarias* (en muy raras ocasiones pueden derivar a infecciones mayores con compromiso del estado de salud y mínimo riesgo de mortalidad que requieren tratamientos adicionales)
- *Fístulas vesicovaginales e intestinales* (*comunicaciones anormales entre vejiga y vagina o intestino y vagina*).

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

7. 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.

Escriba **SÍ** ó **NO** en los espacios en blanco punteado

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo .....

El Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto .....

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento y eximir al Doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

Y en tales condiciones

ACEPTO

Que se me realice una **COLPORRAFIA ANTERIOR Y COLPOPERINEORRAFIA**

Firma Paciente .....

Firma Testigo .....

Firma Médico .....

Ciudad y Fecha .....