

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL PERINÉ

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una intervención que se hace para reparar las heridas en la zona del periné (el área entre la vagina y el ano) que pueden ocurrir durante el parto. Estas heridas pueden ser desgarros naturales o cortes hechos por el médico llamados episiotomías, que se hacen para ayudar a que el bebé salga más fácilmente.

El procedimiento consiste en coser cuidadosamente los tejidos dañados en varias capas, tratando de que todo quede lo más parecido posible a como estaba antes. Esto ayuda a que la mujer se recupere mejor y tenga menos molestias o problemas en el futuro.

Normalmente, se hace con anestesia local o regional (para que no duela), y se usan puntos que el cuerpo puede absorber.

La finalidad de esta cirugía es reparar bien los tejidos del periné para evitar problemas a largo plazo, como dificultad para controlar la orina o las heces. También ayuda a que la mujer tenga una mejor calidad de vida después del parto.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

- Dolor en la zona intervenida.
- Hematoma perineal.
- Infección de la herida.
- Problemas con los puntos de sutura, como que se abran o no se absorban bien.
- Dolor prolongado, molestias al sentarse o al tener relaciones sexuales.
- Necesidad de una nueva intervención quirúrgica si la primera no fue satisfactoria.
- Cicatrización anormal, que puede causar incomodidad.
- Incontinencia fecal (muy poco frecuente).
- Fístula recto-vaginal (excepcional).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- ☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión
☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA "REPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL PERINÉ"

Yo, D./D^a, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En, a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: