



**BAIMEN INFORMATUA / CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PROLAPSO GENITALA ZUZENTZEA / CORRECCION DEL PROLAPSO GENITAL**

**A. IDENTIFIKAZIOA:**

**MEDIKU ARDURADUNAREN IZENA:**  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. AZALPENA:**

Interbentzio kirurgiko honen helburua da umetokia erauzte (osorik edo zati bat), edo umetokiari eustea (baginatik). Eutsi egiten zaio umetokiko prolapsa dagoenean, eta/edo berregite anatomikoa egiten denean (maskuriaren oinarria eta/edo ondestearen aurreko horma); horretarako, pelbis-zorua eratzen duten egiturak eta muskuluak sendotzen dira. Egoerari lotutako gernu-inkontinentzia badago, teknikarik egokienak erabiliko dira zuzentzeko, horri buruzko dokumentuan azaltzen den moduan. Talde kirurgikoak egoki edo beharrezkotzat jotzen duen kasuetan, eusteko sareak erabiliko dira

**Kasu honetan, teknika hau erabiliko da:**  
<~~ ~>

**Ondorioak:** umetokia erauztearen ondorioz, ezinezkoa izango da haurdun gelditzea, eta hilekorik ere ez da edukiko

**C. ARRISKUAK ETA ARAZOAK:**

Interbentzio kirurgiko guztiek zenbait konplikazio eragin ditzakete, berez. Horien arrazoia izan daiteke ebakuntzan erabilitako teknika bera, nahiz pazientearen osasun-egoera (diabetesa, kardiopatiak, hipertentsioa, adinekoa izatea, anemia, obesitatea,...). Konplikazioak larriak ere izan daitezkeenez, baliteke tratamendu osagarriak behar izatea, medikoak nahiz kirurgikoak. Hiltzeko arriskua ere badago, oso-oso txikia bada ere.

Interbentzio honek izan ditzake berezko zenbait konplikazio: gernu-infekzioa; aldi-bateko gernu-erretentzioa (zundaketa behar izaten da); zauri kirurgikoa infektatzea; hematoma. Bestetik, larriak izan litezkeen konplikazioak ere ager daitezke, oso kasu gutxitan bada ere (maskuriko, uretrako, edo ureterretako lesioak; elektrokirurgiak eragindako erreduurak; eta, fistulak);

**A. IDENTIFICACIÓN:**

**NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE:**  
<<NOMBREMEDICO>> /  
<<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**B. DEFINICIÓN:**

La intervención quirúrgica consiste en la extirpación total o parcial del útero o su contención por vía vaginal cuando existe prolapsa uterino y/o reposición anatómica de la base vesical y/o de la pared anterior del recto, realizándose un refuerzo de los músculos y estructuras que forman el suelo pélvico. En caso de existir incontinencia urinaria asociada, se aplicaran las técnicas más idóneas para su corrección, como se aplica 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:  
<~~ ~>

**Consecuencias:** La extirpación del útero supone la imposibilidad de tener hijos así como ausencia de menstruaciones.

**C. RIESGOS Y COMPLICACIONES:**

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Existe una serie de posibles complicaciones específicas de ésta intervención: infección urinaria, retención temporal de la orina que precisa sondaje, infección de la herida quirúrgica, hematomas, excepcionalmente pueden aparecer complicaciones potencialmente severas, así como un mínimo porcentaje de mortalidad, lesiones en vejiga, uretra o uréteres, quemaduras por electrocirugía, fístulas.



**Gerora, honelakorik ere ager daiteke: baginako kupularen prolapsoa (histerektomia kasuetan); baginaren hormetako, maskuriko eta ondesteko prolapsoa; gernu-inkontinentzia.**

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.

**Interbentzio kirurgiko batek ere ez du bermatzen prolapsoa behin betiko sendatzea. Porroten portzentajea %20 artekoa da.**

Ninguna de las intervenciones quirúrgicas garantiza la curación del prolapso de forma permanente. Existe un porcentaje de fracasos de hasta un 20%

**Ebakuntzan bertan ezustekoren bat gertatuko balitz, talde medikoak programatutako edo ohiko teknika kirurgikoa aldatu ahal izango du.**

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

#### **D. ZURE EGOERA PERTSONALA DELA-ETA, HONAKO ARRISKUAK ERE BADAUDE:**

#### **D. RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECIFICAS:**

<~ ~>

<~ ~>

#### **E.BESTELAKO AUKERAK:**

#### **E. ALTERNATIVAS:**

**Baginaren prolapsoaren maila edo berezitasunak kontuan hartuta, beste aukera terapeutiko batzuk ere badaude: perineoko gimnasia, edo baginako pesarioak ezartzea, besteak beste.**

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



<--

**Datuak babesteari buruzko oinarrizko informazioa:** Interesdunari jakinarazten zaio bere datu pertsonalak Osakidetza – Euskal osasun-zerbitzuak tratatuko dituela. HISTORIA KLINIKOA tratamenduaren xedea da pazientearen historia klinikoren datuak izatea, horren jarraipena egiteko eta laguntza-jarduera kudeatzeko, legezko betebeharrak betetzeko. Posible da datuak honako hauei jakinaraztea: Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, GSIN, agintari judizialak eta aseguru-etxeak. Datuak interesdunak berak, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak eta Osakidetza langile sanitarioek eman dituzte. Interesdunak eskubidea du datuetara sartzeko eta horiek zuzendu edo ezabatzeke, eta tratamendua mugatzeko edo horri uko egiteko. Datuen babesari buruzko informazio gehiago duzu webgune honetan:

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/babesdatuak>

*Información básica sobre protección de datos: Se informa a la persona interesada de que sus datos personales serán tratados por Osakidetza – Servicio vasco de salud. La finalidad del tratamiento HISTORIAL CLINICO es la de disponer de los datos de la Historia Clínica del paciente para el seguimiento del mismo y la gestión de la actividad asistencia, conforme al cumplimiento de una obligación legal. Pueden realizarse comunicaciones de datos al Departamento de Salud del Gobierno Vasco, al INSS, a autoridades judiciales y entidades aseguradoras. Los datos proceden de la propia persona interesada, del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y de personal sanitario de Osakidetza. La persona interesada tiene derecho de acceso, rectificación, supresión de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento. Podrá ampliar información en materia de protección de datos en la siguiente dirección web:*

<http://www.osakidetza.euskadi.eus/protecciondatos>

DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT, ONGI IRAKURRI ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ULERTU EGIN DUT ZER EGIN BEHAR DIDATEN, ZER EMAITZA ESPERO DAITEZKEEN ETA ZER ARRISKU ERAGIN DAITEKEEN HORRETATIK.

FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.

-->

## Pazientea/k / El Paciente/s

### Pazientearen izen-abizenak eta NAN

Nombre, apellidos y DNI del paciente

<-- <<NOMBREPACIENTE>> <<APELLIDO1PACIENTE>> <<APELLIDO2PACIENTE>> <<DNIPACIENTE>>

### Sinadura/k eta data

Firma/s y fecha



**Medikua/k / El/La Médico/s**

**Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**

Nombre, apellidos y número de colegiado

<<NOMBREMEDICO>> / <<NUMEROCOLEGIADOMEDICO>>

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordezkariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha

**Pazientearen edo legezko ordezkariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha