



Consentimiento Informado
para Cirugía de Corrección de
Incontinencia Urinaria en la
Mujer
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Cirugía de Corrección de Incontinencia Urinaria en la Mujer

Consentimiento Informado para Cirugía de Corrección de Incontinencia Urinaria en la Mujer

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

- 1. Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para: CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER**

2. El tratamiento quirúrgico consiste en el refuerzo de los músculos o estructuras que forman el suelo de la pelvis, con corrección del ángulo que forman la uretra y la vejiga, la inyección de sustancias a través de la uretra, colocación de material suspensorio sintético (mallas protésicas) o de un esfínter urinario artificial.
3. Estas intervenciones pueden hacerse por vía vaginal y abdominal de forma independiente o combinada. El abordaje abdominal puede efectuarse mediante laparoscopia o laparotomía.
4. En mi caso se realizará preferentemente por vía:.....

Y la técnica programada es:.....

5. La intervención quirúrgica en los procesos de incontinencia de orina no garantiza la corrección completa de la misma de modo permanente, existiendo entre el 10 y el 50% de reaparición de algún grado de pérdida de orina, siendo menos frecuente cuando se emplean mallas protésicas (10-15%). En caso de fracasar la intervención, el estado de la incontinencia no empeora, salvo en casos excepcionales.

6. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:

a) 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.

b) Las complicaciones específicas que puede originar la intervención propuesta son:

Frecuentes:

- Infección de orina.
- Retención temporal de orina.
- Necesidad de sondaje vesical permanente de larga duración. Excepcionales:
- Infección en la zona de la herida quirúrgica. Hematoma en la zona de la herida quirúrgica.

- Rechazo a las suturas o prótesis empleadas en la intervención. Lesiones de vejiga, uretra y uréter.
- Flebitis y tromboflebitis.
- Embolia pulmonar.
- Fístulas y quemaduras.

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

7. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como.....
8. Me han sido explicados las precauciones y el tratamiento que, en su caso, he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.
9. La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del Servicio de Anestesia.
10. No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las precauciones debidas y por el personal calificado.
11. La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informado de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.
- 12. Otra alternativa:**
Tratamiento médico y/o gimnasia perineal, que al igual que la intervención quirúrgica, no garantizan la corrección de la incontinencia.

- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
- También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).