



Consentimiento Informado para  
Cirugía Laparoscópica de la  
Incontinencia Urinaria

## **Consentimiento Informado para Cirugía Laparoscópica de la Incontinencia Urinaria**

## Consentimiento Informado para Cirugía Laparoscópica de la Incontinencia Urinaria

---

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) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para:  
**LAPAROSCOPIA DE LA INCONTINENCIA DE ORINA**

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende la corrección o mejora de la incontinencia urinaria. La utilización de la laparoscopia persigue un menor dolor en el postoperatorio, la retirada precoz de la sonda y una estancia hospitalaria más corta, así como la más rápida recuperación de m actividad habitual.

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

Mediante esta técnica se intenta corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer o por colposuspensión elevando el cuello vesical, fraccionando y fijando los alerones vaginales, a través de pequeños orificios por donde se introducen una cámara endoscópica e instrumental de corte, coagulación, grapadoras endoscópicas, etc.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.

Como otros específicos del procedimiento como no conseguir una mejoría de la incontinencia o no poder realizar la intervención por esta técnica y tener que realizar una cirugía convencional.

También comprendo que puede producirse el enfisema subcutáneo; retención urinaria posterior que obligue a cateterismos, talla vesical o nueva intervención; hemorragia incoercible tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias pueden ser diversas dependiendo de la gravedad de la hemorragia y del tratamiento que necesite, oscilando desde una mínima gravedad, hasta la muerte; lesión intestinal con posible peritonitis, shock séptico y posible fallecimiento; lesión vesical con apertura de la misma o ureteral y extravasación urinaria que puede condicionar fístulas urinarias, infecciones, abscesos, peritonitis, shock séptico y posible padecimiento, formación de cálculos vesicales por reacción a cuerpo extraño; complicaciones en los orificios quirúrgicos; infección, defecto estético, intolerancia a las suturas, herniación de asa intestinal; dispareunia.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....  
Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

El médico me ha explicado que otra alternativa es, aparte la abstención terapéutica, la cirugía convencional, aunque en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía laparoscópica de la incontinencia de orina.

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:

**LAPAROSCÓPIA DE LA INCONTINENCIA DE ORINA**

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).