

**Consentimiento Informado para:
Fístula Vesico Vaginal**



Consentimiento Informado para Fístula Vesico Vaginal

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, en mi situación, proceder a la reparación quirúrgica de mi Fístula Vesico Vaginal.



El objetivo de la cirugía que se propone es el tratamiento quirúrgico de su FÍSTULA VESICOVAGINAL.

Habitualmente no existe comunicación entre la vejiga y las estructuras pelvianas femeninas: uretra, vagina, útero.

En este caso, existe una comunicación patológica directa entre la vejiga y la vagina, lo que genera paso de orina desde la vejiga hacia la vagina, con la consecuente incontinencia de orina permanente.

El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa médica terapéutica eficaz para realizar el cierre de la fístula

La cirugía consiste en la extracción del tejido patológico que une estas estructuras (fístula) , con el posterior cierre de las paredes de la vejiga y de la vagina, y evitar de esta forma la pérdida continua de orina desde la vejiga.

Es posible que si los orificios ureterales se encuentren cerca de la fístula o estén implicados en la misma, sea necesario la instalación de un catéter doble jota o un reimplante del uréter o los dos uréteres en otra zona de la vejiga.

Existen distintas vías de acceso para realizar este cierre:

Vía Abierta: se realiza a través de una incisión de la piel bajo el ombligo para acceder a la zona de la fístula.

Vía Laparoscópica: el acceso se realiza a través de pequeñas incisiones en la piel, a través de los cuales se posiciona el instrumental quirúrgico que permite acceder a la zona de la fístula

Vía vaginal: el cierre se realiza a través de la vagina, sin la necesidad de heridas en su piel.

Por sus antecedentes médicos, su médico tratante plantea que la vía de abordaje más adecuada es la.....

Para la realización de esta cirugía, será necesario un estudio previo con exámenes e imágenes preoperatorios. El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

El éxito de la cirugía depende de varios factores, donde el tamaño, número y ubicación de la fístula, el



tiempo transcurrido desde la aparición y reparación de la fístula y la calidad de los tejidos, son los más relevantes.

Tras la operación, deberá permanecer hospitalizada durante algunos días, los cuales serán definidos por el médico tratante. Durante este período, estará con una sonda Foley a través de la uretra, la cual será retirada varias semanas después de la cirugía, en el momento que el médico lo indique. También puede ser necesaria la instalación de un drenaje por un tiempo transitorio.

En período postoperatorio deberá mantenerse con un período de abstinencia sexual, que será definido por su médico tratante.

Durante o después de la cirugía, a pesar de una correcta realización de la técnica, pueden presentarse problemas no deseados, que es importante que usted conozca, dentro de los cuales destacan:

Riesgos frecuentes.

- Íleo Post operatorio (ausencia de movimiento intestinal de curso transitorio).
- Infecciones urinarias, cuya severidad puede ser variable.
- Infección de herida operatoria.
- Fracaso en el cierre de la fístula, con la persistencia o recurrencia de la incontinencia de orina y la necesidad de una nueva cirugía (puede ir entre un 10 a 20% de los casos).
- Hematuria (sangrado por la orina). Dependiendo de la magnitud, puede ser necesario transfundir sangre o realizar una cirugía de urgencia.
- Complicaciones de la herida operatoria: infección, dehiscencia (apertura) o hernias de la herida operatoria.
- Aumento de la frecuencia miccional y ardor al orinar, una vez retirada la sonda, y que puede durar días o semanas
- Incontinencia de orina o urgencia miccional.

Riesgos poco frecuentes

- Lesiones de órganos y estructuras vecinas (como por ejemplo intestino, recto, vasos sanguíneos). Son poco frecuentes y de diversa gravedad, incluso con riesgo vital.



- Obstrucción de sonda vesical. Esto puede requerir lavados de la sonda vesical o eventualmente su reemplazo, lo cual puede ser necesario hacerlo en pabellón.
- En el caso de la vía laparoscópica, la necesidad de convertir la cirugía a cirugía abierta (herida abdominal)
- Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- Neuropraxia (lesiones nerviosas, generadas habitualmente por compresión por la posición durante la cirugía, habitualmente leves y transitorias)

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

He comprendido las explicaciones que me han entregado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las preguntas y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico de FÍSTULA VESICOVAGINAL

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).