

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CORRECCION QUIRURGICA INCONTINENCIA URINARIA

D/Dña  de  años de edad, con domicilio en   
 , RUN N°  y

D/Dña  de  años de edad, con domicilio en   
 , RUN N°

,en calidad de  (Representante, familiar o allegado).

### DECLARO

Que el Dr/Dra  , me ha explicado que es conveniente porceder en mi situacion, al tratamiento quirurgico de **CORRECCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA.**

El tratamiento quirurgico puede consistir en el refuerzo de los músculos o estructuras que forman el suelo de la pelvis, con correccion del ángulo que forman la uretra y la vejiga, la inyección de sustancias a través de la uretra, colocacion de material suspensorio sintetico (mallas protésicas) o de un esfinter urinario artificial.

Estas Intervenciones pueden hacerse por via vaginal y abdominal de forma independiente o combinada. El abordaje abdominal puede efectuarse mediante laparoscopia o laparotomía.

En mi caso se realizara preferentemente por vía

La intervención quirurgica en los procesos de incontinencia de orina no garantiza la corrección completa de l misma de modo permanente, existiendo entre 10 y el 50% de reaparicion 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.

**Complicaciones y/o riesgos y fracasos:** Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia tecnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc) lleva implicita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrian requerir tratamientos complementarios, tanto medicos como quirurgicos, asi como, excepcionalmente, un porcentaje minimo de mortalidad.

Las complicaciones especificas que pueden originar la intervencion propuesta son:

Frecuentes:

Infección de orina. Retencion temporal de orina. Necesidad de sondaje vesical permanente de larga duración.

Excepcionales:

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

Si en el momento del acto quirúrgico sugiera algún imprevisto, el equipo medico podrá modificar la tecnica quirurgica habitual o programada. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como

**Cuidados:** Me han sido explicadas las precauciones y el tratamiento que en su caso, he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

**Anestesia:** La Intervención precisa efectuarse bajo la anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del Servicio de Anestesia.

**Transfusiones:** 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 realizara con las precauciones debidas y por el personal calificado.

**Anatomia Patologica:** La pieza o piezas extirpadas en la intervencion se someteran a estudio Anatopatologico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnostico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

### Otras Alternativas

Tratamiento medico y/o gimnasia perineal, que al igual que la intervencion quirurgica, no garantizan la corrección de la incontinencia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el ginecólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Tambien entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho(a) con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirurgico propuesto.

Y en tales condiciones:

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirurgico para **CORRECCION QUIRURGICA DE INCONTINENCIA URINARIA**

FIRMA \_\_\_\_\_ DOCTOR

FIRMA \_\_\_\_\_ PACIENTE

FIRMA REPRESENTANTE \_\_\_\_\_

En Ovalle  (Fecha)

### REVOCACION

D/Dña  de  años de edad, con domicilio en  , RUN N°  y

D/Dña  de  años de edad, con domicilio en  , RUN N°

,en calidad de  (Representante, familiar o allegado).

REVOCO el consentimiento Prestado en fecha  y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En Ovalle,  (Fecha)

Firma Paciente \_\_\_\_\_

Firma Doctor \_\_\_\_\_

Firma Representante \_\_\_\_\_