

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## INCONTINENCIA URINARIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

Este procedimiento se realiza por vía combinada abdominal y vaginal. A través de pequeñas incisiones en la vagina se dan unos puntos, que elevan y fijan la uretra y la vejiga que se encuentran excesivamente móviles o caídas. Estos puntos son transferidos y anudados detrás del pubis a través de una mínima incisión abdominal o se utiliza para ello un pequeño pedazo de tejido propio o autólogo. En determinados pacientes puede ser necesaria la corrección de defectos perineales asociados (enterocele, rectocele, cistocele).

### OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Se pretende corregir o mejorar la incontinencia urinaria.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Las alternativas son los fármacos, la inyección periuretral de teflón/colágeno/grasa, y la rehabilitación de suelo pélvico, pero en su caso no está indicado.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

La cirugía tiene un riesgo moderado. Es habitual que permanezca internada 2 a 3 días aunque es recomendable en ocasiones que la paciente se vaya con sonda vesical o teniendo que realizar sondajes intermitentes para vaciar la vejiga hasta que ésta se acomode a su nueva situación.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Continuará con los síntomas que presenta actualmente, pudiendo empeorar.

### RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. Algunos más frecuentes que otros.

- No poder orinar espontáneamente ( por retención urinaria o atrapamiento uretral durante la cirugía)
- Hemorragia tanto durante la cirugía como después de ella.
- Disminución de la sensibilidad cutánea o vaginal
- Infección en sus distintos grados de gravedad
- Apertura de la herida
- Salida del paquete intestinal
- Lesiones vesicales, con fístulas permanentes o temporales
- Defectos estéticos por las complicaciones anteriores
- Intolerancia al material de sutura
- Formación de cálculos vesicales
- Coito doloroso (dispareunia)
- Dolor en el pubis
- Inestabilidad vesical con urgencia miccional
- Debilidad de los músculos de las piernas (paresias de psoas/ cuádriceps)
- Reacciones inflamatorias de los nervios adyacentes (neurinomas)
- TVP - TEP
- Hemorragias digestivas

### RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO INCONTINENCIA URINARIA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....  
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE ..... DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....  
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO ..... FIRMA Y SELLO MÉDICO