

Documento de consentimiento informado para la corrección quirúrgica de incontinencia urinaria en la mujer

Nº de Historia: _____

Don/Doña: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

En calidad de _____ de Don/Doña.: _____
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

1. 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 del material suspensorio o de un esfínter urinario artificial**. Estas intervenciones pueden hacerse por vía vaginal y abdominal de forma independiente o combinada. El abordaje abdominal puede efectuarse mediante laparoscopia o laparotomía.

En mi caso se realizará preferentemente por vía _____ y la técnica programada es _____.

La intervención quirúrgica en los procesos de incontinencia de orina no garantiza la corrección completa de la misma, de modo permanente. Hay un porcentaje de fracasos entre el 20 y el 30%.

En caso de fracasar la intervención, el estado de la incontinencia no empeora, salvo casos excepcionales.

2. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: 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 implícito una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas que puede originar la intervención propuesta son:

Frecuentes

- a. Infección de orina.
- b. Retención temporal de orina.
- c. Necesidad de sondaje vesical permanente de larga duración.

Excepcionales

- a. Infección en la zona de la herida quirúrgica.
- b. Hematoma en la zona de la herida quirúrgica.
- c. Rechazo a las suturas empleadas en la intervención.
- d. Lesiones de vejiga, uretra y uréter.
- e. Flebitis y tromboflebitis.

- f. Embolia pulmonar.
- g. Fístulas y quemaduras.

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

3. Por **mi situación actual**, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como _____

4. Alternativas:

Tratamiento médico.

Gimnasia perineal, que al igual que la intervención quirúrgica, no garantiza la corrección de la incontinencia.

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

5. Anestesia: La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

6. Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el trascurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice el tratamiento propuesto.

En _____, a _____ de _____, de 2 _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del paciente)

Don/Doña: _____ de _____ años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

con domicilio en: _____ y DNI: _____
(Domicilio del representante legal)

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

En _____, a _____ de _____, de 2 _____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal, familiar o allegado