

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER**

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio eny DNI Nº.....

Don/Doña: deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA 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 de material suspensorio o de un esfínter urinario artificial**. Estas intervenciones pueden hacerse por vía vaginal y abdominal de forma independiente o combinadas. 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 en 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, excepcionalmente, 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.

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

7. **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 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 una CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

REVOCACIÓN

DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

DON/DÑA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI Nº.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE DÑA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

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

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA PACIENTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)