

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La incontinencia de orina es la pérdida de control voluntario de la micción.

Una vez realizados los estudios oportunos para el diagnóstico de la incontinencia urinaria, se aconsejará el mejor tratamiento a seguir, pudiendo ser médico, fisioterapéutico o quirúrgico.

La intervención quirúrgica más frecuente se realiza por vía vaginal o suprapúbica. A través de pequeñas incisiones se dan unos puntos para elevar y fijar el cuello de la vejiga. Los puntos se anudan por detrás del pubis a través de una pequeña incisión por encima de éste.

La intervención, si las condiciones de la enferma lo permiten, se realizará con anestesia regional siendo de gravedad moderada.

El postoperatorio durará una media de 5-7 días. Puede ser dada de alta sin realizar micciones portando una sonda vesical o un catéter suprapúbico o tener que realizar cateterismos intermitentes para vaciar la vejiga; todo esto durante un periodo de tiempo.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del proceso.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Tratamiento médico. Inyección de Teflón, colágenos, grasa autóloga, etc.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Corregir la incontinencia urinaria.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

RIESGOS FRECUENTES

1. No conseguir mejoría de la calidad miccional.
2. No poder orinar espontáneamente (por retención urinaria o por anuria secundaria a atrapamiento ureteral durante la operación), pudiendo precisarse una nueva intervención quirúrgica para corregir dicha situación.
3. Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
4. Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica:

C. INFORMADO DE CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

- Infección en sus diferentes grados de gravedad.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria
- Eventración intestinal (salida del paquete intestinal) que puede necesitar una intervención secundaria.
- Lesiones vesicales, con fistulas permanentes o temporales.
- Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales.
- Intolerancias a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.
- Formación de cálculos vesicales.
- Dispareunia (coito doloroso).
- Osteítis (dolores en pubis).
- Inestabilidad vesical.
- Paresias de cuádriceps y psoas (debilidad de los músculos de las extremidades inferiores).
- Neurinoma ileo-gástrico.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA