

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCONTINENCIA URINARIA

INTRODUCCIÓN

Apreciado Usuario:

Usted va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, invasivo no quirúrgico o terapéutico por el grupo de especialistas del Hospital Universitario San Ignacio. En este documento se explican con claridad, profundidad y en un lenguaje comprensible las más importantes características de la intervención sugerida, su indicación, beneficios y potenciales riesgos. Lo invitamos a leerlo con atención y a discutirlo con su médico tratante quien gustosamente responderá sus preguntas.

En señal de conformidad con la información recibida y con la realización de la intervención quirúrgica, deberá usted firmar el formato correspondiente. Solo con su autorización podremos programarlo y realizarle la intervención descrita.

INFORMACIÓN GENERAL

¿QUÉ ES LA INCONTINENCIA URINARIA?

La incontinencia urinaria es la queja referida secundaria a la pérdida involuntaria de orina. Esta afecta entre el 30 al 50% de las mujeres. La forma más frecuente está relacionada con los esfuerzos (al reírse, toser, saltar, levantarse de la cama) y es susceptible de ser corregido con cirugía.

La incontinencia urinaria de urgencia se refiere a la (salida involuntaria de orina sin esfuerzo, y sucede en 20-30% de los casos. Este grupo no es susceptible de tratamiento con cirugía sino con medicamentos, dieta o fisioterapia especializada de piso pélvico.

¿CUANDO ESTÁ INDICADA LA CIRUGÍA?

La cirugía de corrección de la incontinencia está indicada la en los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo, que causan alteración significativa de calidad de vida.

¿CÓMO SE HACE?

La mayoría de las cirugías de incontinencia urinaria de esfuerzo son abordadas a través de la aplicación de una cinta de material inerte – polipropileno - a través de una incisión en la vagina y dos pequeñas heridas de un centímetro cada una, en el área interna de los muslos o arriba del pubis. Dicha cinta funciona como un nuevo soporte de los tejidos alrededor de la uretra.

Al ser las cintas de material sintético y no absorbible, producen alta tasa de

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCONTINENCIA URINARIA

curación con mínimo de riesgo de complicaciones.

BENEFICIOS

El mayor beneficio de esta cirugía consiste en que mediante un procedimiento mínimamente invasivo y muy efectivo, se reduce la incapacidad y el dolor postoperatorio.

POSIBLES COMPLICACIONES

Entre las más frecuentes se destacan:

1. Retención urinaria. La imposibilidad para orinar en el postoperatorio inmediato o la presencia de altos volúmenes de orina residual. En esta situación es necesario el uso por unos días de sonda vesical permanente o cateterismos intermitentes, hasta que mejore la condición. En casos excepcionales, cuando la situación se prolonga, es necesario proceder a cortar la cinta en una nueva intervención.
2. Dolor pélvico, vaginal o del a cara interna del muslo. Este suele requerir tratamiento antiinflamatorio y analgésico por unas pocas semanas.
3. Incontinencia urinaria de esfuerzo persistente, en alrededor de 5-15% de las veces.
4. Incontinencia urinaria de urgencia de Novo, hasta en un 5% de las pacientes. Es necesario utilizar medicamentos dirigidos a aliviar esta molestia.

Con menos frecuencia :

5. Exposición de la cinta a través de la mucosa vaginal. (Extrusión). Ante esta eventualidad es necesario proceder a resecaarla y reparar la mucosa vaginal.
6. Sangrado pélvico importante. Es una complicación muy rara pero posible que exige intervenir mediante laparotomía (cirugía abdominal) para controlarlo.

Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluida la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

En caso de ocurrir alguna complicación, el hospital procederá con los medios y recursos necesarios para su control.

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado y el médico que me ha atendido me ha permitido expresar todas mis observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la intervención, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCONTINENCIA URINARIA

actual pueden surgir, en especial las siguientes:

También he sido informado que durante el acto quirúrgico, procedimiento o tratamiento se pueden presentar imprevistos que hagan al equipo médico variar la técnica o plan de manejo programado. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure mi identidad. En el mismo sentido he sido informado que este Hospital es un centro docente y que participaran en mi atención profesionales en entrenamiento, bajo supervisión del grupo de especialistas del servicio.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento. Ningún procedimiento está exento de riesgos importantes, incluyendo la muerte, aunque esta posibilidad es infrecuente.

En caso de ocurrir alguna complicación, el Hospital procederá con los medios y recursos que se requieran para su control, intentando minimizar en lo posible sus consecuencias.

Yo _____
Fecha _____

• He comprendido la naturaleza y propósitos de la intervención que me ha sido explicada satisfactoriamente por el médico _____ y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

• La cirugía descrita está aceptada por la especialidad _____ como la mejor alternativa para solucionar mi problema y no existe una contraindicación especial para su realización.

• He sido informado de los métodos alternativos de tratamiento, en caso de que los hubiese, al igual que las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCONTINENCIA URINARIA

- He informado al médico _____ de mis enfermedades generales para la valoración de las posibles contraindicaciones.
- Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los restantes cuidados médicos.
- Soy consciente de los riesgos propios del tratamiento indicado, así como los derivados de la anestesia que en mi caso se aplique.
- Soy consciente que no existen garantías absolutas de obtener resultados satisfactorios.

Información complementaria solicitada y/o circunstancia especial:

Así pues, de forma voluntaria, doy mi consentimiento:

- Para que se me realice dicho(s) procedimiento(s) quirúrgico(s), así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención y para que asista el personal autorizado. SI NO
- Para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la operación, así como las medidas complementarias oportunas. SI NO
- Para que se puedan realizar fotografías o/y grabar la intervención, así como su utilización con fines didácticos o científicos sin que se divulgue el nombre del paciente o sus familiares. SI NO
- Para que, en caso de necesidad se me hagan transfusiones de sangre y/o hemoderivados. SI NO

Firmas

Paciente _____



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO**

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

GESTIÓN ASISTENCIAL INTEGRAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CÓDIGO:GAI-R-199
VERSIÓN:01
APROBADO:30/04/14
PÁGINA 5 DE 5**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INCONTINENCIA URINARIA

Acudiente o tutor _____

Médico _____

Testigo _____

COPIA CONTROLADA