

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA

PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN: CC - TI OTRA \_\_\_\_\_ EXPEDIDA EN \_\_\_\_\_

**DECLARO** QUE EL DOCTOR \_\_\_\_\_

me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a una:

#### **CISTOURETROPExIA RETROPÚBICA y COLPORRAFIA POSTERIOR**

por padecer **INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PURA**

- La intervención consiste en la elevación del cuello vesical y la posterior fijación a los ligamentos del pubis, también se realiza el refuerzo de músculos y estructuras que forman el suelo de la pelvis.
- La intervención quirúrgica en los procesos de incontinencia de orina no garantiza absolutamente la corrección de la misma de modo permanente. Hay un porcentaje de fracasos entre el 30 y 40%.
- En caso de fracasar la intervención, el estado de la incontinencia no empeora, salvo en casos excepcionales.
- Que la vía a través de la cual voy a ser intervenida será por vía abdominal.
- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.
- Las complicaciones que puede acarrear la Intervención son:
  - Frecuentes:
    - Infección de orina.
    - Retención de orina.
  - Excepcionales:
    - Absceso de pus en la zona de la herida quirúrgica
    - Hematoma en la zona de la herida quirúrgica
    - Rechazo a las suturas empleadas en la intervención
    - Lesiones de vejiga, uretra y uréter
    - Flebitis y tromboflebitis
    - Embolia pulmonar

- Otras opciones terapéuticas conservadoras:
  - Tratamiento médico
  - Gimnasia perineal, que, al igual que la intervención quirúrgica, no garantizan la corrección de la Incontinencia.

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. Y en tales condiciones

**CONSIENTO que se me realice una  
CISTOURETROPEXIA RETROPÚBICA MAS COLPORRAFIA POSTERIOR**

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

LUGAR Y FECHA, \_\_\_\_\_

EL MÉDICO \_\_\_\_\_ LA PACIENTE \_\_\_\_\_

Fdo. El representante legal, familiar o allegado

\_\_\_\_\_

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

LUGAR Y FECHA, \_\_\_\_\_

EL MÉDICO \_\_\_\_\_ LA PACIENTE \_\_\_\_\_

Fdo. El representante legal, familiar o allegado

\_\_\_\_\_