

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL

Ciudad.....

Fecha...../...../20.....

Yo.....,

Se me ha informado que presunto una Fistula Vésicovaginal, se me explicó que es una comunicación anormal entre la vejiga y la vagina, y es la causa de mi continua perdida de orina por la vagina.

Por tal motivo se me ha propuesto efectuar una Reparación Quirúrgica de la Fístula.

- 1- He sido informada que el objetivo de la operación es cerrar la Fístula, resolviendo de esta manera la incontinencia y pérdida de orina por la vagina.
- 2- Se me ha explicado que la operación consiste en la extracción del tejido patológico que une estas estructuras (fístula), con el posterior cierre de las paredes de la vejiga y de la vagina, y evitar de esta forma la pérdida continua de orina desde la vejiga. Es posible que, si los orificios ureterales se encuentren cerca de la fístula o estén implicados en la misma, sea necesario la instalación de un catéter doble jota o un reimplante del uréter o los dos uréteres en otra zona de la vejiga. Existen distintas vías de acceso para realizar este cierre: Vía Abierta: se realiza a través de una incisión de la piel bajo el ombligo para acceder a la zona de la fístula. Vía Laparoscópica: el acceso se realiza a través de pequeñas incisiones en la piel, a través de los cuales se posiciona el instrumental quirúrgico que permite acceder a la zona de la fístula. Vía vaginal: el cierre se realiza a través de la vagina, sin la necesidad de heridas en su piel. Por mis antecedentes médicos, el médico tratante plantea que la vía de abordaje más adecuada en mi caso es la.....
Tras la operación, deberé permanecer hospitalizada durante algunos días, los cuales serán definidos por el médico tratante. Durante este período, estaré con una sonda Foley a través de la uretra, la cual será retirada varias semanas después de la cirugía, en el momento que el médico lo indique. También puede ser necesaria la instalación de un drenaje por un tiempo transitorio. En el postoperatorio deberá mantenerse con un período de abstinencia sexual, que será definido por su médico tratante.
- 3- Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista y que en mi caso se utilizará anestesia.....autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 4- Asimismo, informo que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 5- Se me ha explicado que no existen alternativas a la Reparación Quirúrgica para lograr el cierre de la Fístula Vésico-vaginal.
- 6- Se me ha explicado en términos claro y precisos y he comprendido que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento, por ejemplo: Íleo Post operatorio (ausencia de movimiento intestinal de curso transitorio). - Infecciones urinarias, cuya severidad puede ser variable. - Infección de herida operatoria. - Fracaso en el cierre de la fístula, con la persistencia o recurrencia de la

incontinencia de orina y la necesidad de una nueva cirugía (puede ir entre un 10 a 20% de los casos). - Hematuria (sangrado por la orina). Dependiendo de la magnitud, puede ser necesario transfundir sangre o realizar una cirugía de urgencia. - Complicaciones de la herida operatoria: infección, dehiscencia (apertura) o hernias de la herida operatoria. - Aumento de la frecuencia miccional y ardor al orinar, una vez retirada la sonda, y que puede durar días o semanas - Incontinencia de orina o urgencia miccional.

Riesgos poco frecuentes: - Lesiones de órganos y estructuras vecinas (como por ejemplo intestino, recto, vasos sanguíneos). Son poco frecuentes y de diversa gravedad, incluso con riesgo vital. Obstrucción de sonda vesical. Esto puede requerir lavados de la sonda vesical o eventualmente su reemplazo. - En el caso de la vía laparoscópica, la necesidad de convertir la cirugía a cirugía abierta (herida abdominal) - Trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. - Neuropraxia (lesiones nerviosas, generadas habitualmente por compresión por la posición durante la cirugía, habitualmente leves y transitorias) Se me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención programada o de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- 7- Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.
- 8- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención de este.
- 9- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
- 11- Manifiesto ser alérgico a:
- 12- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 13- Habiendo recibido y comprendido todas las explicaciones previamente expuestas, alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, autorizo al/la **Dr./a.....**, y a su equipo, a realizar el procedimiento mencionado

Firma de la paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello:

SI LA PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejen constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

Vínculo con la paciente/ o representación que ejerce: