

## GERNU-INKONTINENTZIA ZUZENTZEKO BAIMEN INFORMATUA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CORRECCIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA

#### A. IDENTIFIKAZIOA:

MEDIKU                      ARDURADUNAREN                      IZENA:  
..... Data: .....

#### B. INFORMAZIOA:

Tratamendu kirurgiko honetan, zoru pelbikoa osatzen duten muskuluak edo egiturak sendotzen dira, uretrak eta maskuriak eratzten duten angelua zuzenduta, substantziak injektatzen dira uretratik, material esekitzailera edo gernu-esfinter artifiziala jartzen da. Ebakuntza hauek bagina- edo abdomen-bidetik egin daitezke, bietatik bat hartuta edo biak konbinatuta. Laparoskopia bidez (zenbait ebaki txiki egitea abdomenean eta horien bidez tresnak eta kamerak sartzea) edo laparotomia bidez (abdomena ebaki baten bidez irekitzea) egin daiteke ebakuntza.

Niri bagina-bidetik egingo didate, eta teknika programatua hau da: URETROZERBIKOPEXIA TVT-TOT SAREAREKIN.

Teknika anestesia erabilia egiten da; Anestesia Zerbitzuak baloratuko du, bai eta jakinarazi ere.

Gernu-inkontinentziako prozesuetan egiten den interbentzio kirurgikoak ez du bermatzen erabat zuzentzea, modu iraunkorrean. Porrot-portzentajea % 20-30 bitartekoa da.

Ebakuntza ondo ateratzen ez bada, inkontinentzia-egoerak ez du txarrera egiten, salbuespenezko kasuetan izan ezik.

#### C. ARRISKUAK ETA ARAZOK:

Proposatutako interbentzioak sortu ditzakeen konplikazio espezifikoak hauek dira:

- Ohikoak: gernu-infekzioa,aldi baterako gernu-debekua eta iraupen luzeko maskuriko autozundaketaren beharra.
- Ezohikoak: infekzioa edo hematoma zauri kirurgikoaren inguruan; ebakuntzan erabilitako josturak ez onartzea; **sarearen estrusioa** (sarea ateratzea); gernu egiteko premia handia; maskuriaren, uretraren eta ureterraren lesioak, flebitisa eta tronboflebitisa, eta biriketako embolia.

Ebakuntza kirurgikoan ustekabekoren bat gertatuz gero, talde medikoak aldatu egin ahal izango du ohiko edo programatutako teknika kirurgikoa.

OSPITALEAK BEHAR DIREN BALIABIDE GUZTIAK JARRIKO DIZKIZU ESKURA GERTA DAITEZKEEN KONPLIKAZIO HORIEI AURRE EGITEKO.

#### A. IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE                      DEL                      MEDICO                      RESPONSABLE:  
..... Fecha: .....

#### B. INFORMACIÓN:

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 combinada. El abordaje abdominal puede efectuarse mediante laparoscopia (varias incisiones de pequeño tamaño por las que se puede acceder al abdomen e introducir el instrumental y cámaras que permiten visualizar) o laparotomía (abrir el abdomen mediante una incisión).

En mi caso se realizará preferentemente por vía VAGINAL y la técnica programada es URETRO-CERVICOPEXIA CON MALLA TVT-TOT.

Esta técnica requiere anestesia, que será valorada e informada por el Servicio de Anestesia.

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.

#### C.- RIESGOS Y COMPLICACIONES:

Las complicaciones específicas que puede originar la intervención propuesta son:

- Frecuentes, como Infección de orina, retención temporal de orina o necesidad de auto sondaje vesical de larga duración.
- Excepcionales, como infección o hematoma en la zona de la herida quirúrgica, rechazo a las suturas empleadas en la intervención, **extrusión de la malla** (salida de la malla), urgencia miccional, lesiones de vejiga, uretra y uréter, flebitis y tromboflebitis, embolia pulmonar.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

EL HOSPITAL PONDRÁ A SU DISPOSICIÓN LOS MEDIOS NECESARIOS PARA TRATAR ESTAS POSIBLES COMPLICACIONES.

**D. JAKINARAZI:**

Arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzaketenez, beharrezkoa da hurrengo hauek jakinaraztea: medikamentuekiko alergiak, koagulazioaren aldaketak, gaixotasun kardiopulmonarrak, protesirik baduzun, egun hartzen dituzun medikamentuak eta antzekoak.

**E. PERTSONA BAKOITZAREN ARABERAKO ARRISKUAK:**

Baliteke pertsona bakoitzaren ezaugarri bereziek eta gaixotasunek (diabetesa, hipertentsio arteriala, anemia...) arriskuen edo konplikazioen maiztasuna eta larritasuna handitu ditzakete. Medikak zure kasuan izan daitezkeen arriskuak jakinarazi dizkizu.

**F. ORDEZKO AUKERAK:**

- Tratamendu medikoa, inkontinentzia-forma batzuetara mugatuta.
- Gimnasia perineala; alegia, pelbisaren muskuluak indartzea, ariketa eta/edo fisioterapia bidez.

**DOKUMENTU HAU SINATZEN DUT ONGI IRAKURRI OSTEAN ETA NIRE ZALANTZAK GALDETU ETA ARGITZEKO AUKERA IZAN OSTEAN. BERAZ, ZER EGIN BEHAR DIDATEN ULERTU ONDOREN, ITXARON DAITEZKEEN EMAITZEN ETA HORTIK ERAGIN DAITEZKEEN ARRISKUEN BERRI IZAN ONDOREN**

**D.- AVISENOS:**

Es necesario que nos advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, ya que pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.

**E.- RIESGOS PERSONALIZADOS:**

Algunas circunstancias personales específicas y enfermedades (diabetes, hipertensión arterial, anemia,...) pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones. Su médico le ha informado acerca de los riesgos específicos en su caso.

**F.- ALTERNATIVAS:**

- Tratamiento médico, limitado sólo a algunas formas de incontinencia
- Gimnasia perineal, que consiste en fortalecer la musculatura de la pelvis mediante ejercicios y/o fisioterapia.

**FIRMO ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERLO LEÍDO Y HABER TENIDO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y ACLARAR MIS DUDAS. POR TANTO, DESPUÉS DE HABER ENTENDIDO LO QUE SE ME VA A HACER, LOS RESULTADOS ESPERADOS Y LOS RIESGOS QUE DE TODO ELLO PUEDAN DERIVARSE.**

**Pazientea/ El Paciente****Pazientearen izen-abizenak**Nombre, dos apellidos  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Medikua/El/La Médico****Medikuaren izen-abizenak eta elkargokide-zk.**Nombre, dos apellidos y nº de colegiado del/de la médico/a  
.....**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....



**Ordezkarria: adingabekorik edo pazientearen ezgaitasunik egotekotan / Representante: en caso de incapacidad del paciente o menor de edad**

**Legezko ordez kariaren izen-abizenak, NAN eta ahaidetasuna**

Nombre, dos apellidos, DNI y parentesco del representante legal

**Sinadura eta data**

Firma y fecha .....

**Pazientearen edo legezko ordez kariaren ATZERA EGITEA / DESISTIMIENTO del paciente o representante legal**

**Adierazitako prozedurapean EZ JARTZEAREN irismena eta arriskuak ulertzen ditut. Eta halako baldintzetan atzera egiteko eskubidea egikaritzen dut.**

Comprendo el alcance y los riesgos de NO SOMETERME al procedimiento indicado. Y en tales condiciones ejerzo mi derecho de desistimiento

**Sinadura eta data**

Firma y fecha