

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
FÍSTULA VESICO VAGINAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**El objetivo** de la cirugía que se propone es el tratamiento quirúrgico de su Fístula Vesicovaginal.

Habitualmente no existe comunicación entre la vejiga y las estructuras pelvianas femeninas: uretra, vagina, útero. En este caso, existe una comunicación patológica directa entre la vejiga y la vagina, lo que genera paso de orina desde la vejiga hacia la vagina, con la consecuente incontinencia de orina permanente.

**La cirugía 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 las 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.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

El éxito de la cirugía depende de varios factores, donde el tamaño, número y ubicación de la fístula, el tiempo transcurrido desde la aparición y reparación de la fístula y la calidad de los tejidos, son los más relevantes.

Tras la operación, deberá permanecer hospitalizada durante algunos días, los cuales serán definidos por el médico tratante. Durante este período, estará 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 período postoperatorio deberá mantenerse con un período de abstinencia sexual, que será definido por su médico tratante.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

**Riesgos frecuentes:**

- 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, lo cual puede ser necesario hacerlo en pabellón.
- 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)

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En su caso no existe una alternativa médica terapéutica eficaz para realizar el cierre de la fístula.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**  
**(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Fístula Vesico Vaginal** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA FÍSTULA VESICO VAGINAL,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)