



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA
(ESFÍNTER ARTIFICIAL)**

D/Dª como paciente
(o representante del paciente D/Dª), de años
de edad, con domicilio en D.N.I. nº
.....

DECLARO

Que el Dr./Dra., interlocutor principal con el equipo
asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una PROTESIS
PARA LA INCONTINENCIA URINARIA (ESFÍNTER ARTIFICIAL), por padecer
.....

1. Mediante este procedimiento se pretende la corrección o mejoría de la incontinencia.
La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
2. El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesia.
3. Mediante esta técnica se trata de corregir los escapes de orina mediante la colocación de un esfínter (cierre) artificial, que consta de tres partes. Un manguito que se coloca alrededor de la uretra o del cuello de la vejiga, un reservorio de líquido que se coloca en el abdomen y una válvula que dirige la circulación del líquido desde el manguito al reservorio para orinar y desde el reservorio al manguito para cerrar y controlar así la orina. La válvula se sitúa en la bolsa escrotal en el varón o en los labios de los genitales en la mujer y es controlada por el paciente.
El médico me ha explicado que la intervención se hace con anestesia general o raquídea y después de la misma puedo tener que llevar sonda uretral unos días y luego he de mantener el esfínter sin funcionar (desactivado) durante unas semanas.
4. Comprendo 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 otros específicos del procedimiento como no conseguir una mejoría de la incontinencia ya sea de forma continua o ocasional; molestias en la zona operatoria, de duración variable, que pueden requerir la retirada del esfínter; dificultad de manejo de la válvula que puede alterar el funcionamiento del esfínter; fallo o intolerancia a alguno de los componentes del esfínter, que obligue a nueva intervención quirúrgica para repararlo o retirar el esfínter; problemas derivados de la herida quirúrgica (disminución de la sensibilidad cutánea o vaginal, infección en sus diferentes grados de gravedad, apertura de la herida, que puede necesitar reintervenciones, lesiones vesicales, con fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos por las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales, intolerancia al material de sutura con necesidad de extracción quirúrgica, formación de cálculos vesicales,



coitos dolorosos (dispareunia), dolor en el pubis (osteítis de pubis), inestabilidad vesical que provoca sensación de urgencia miccional, debilidad de los músculos de las piernas (paresias de cuádriceps/psoas), reacciones inflamatorias de los nervios adyacentes (neurítomas), caída del techo de la vagina o del intestino posterior, otras complicaciones extremadamente infrecuentes, tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5. El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades comoaunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como

6. El médico me ha explicado que otras alternativas son los fármacos, la inyección periuretral de teflon/colágeno/grasa y la rehabilitación del suelo pélvico, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la prótesis para la incontinencia urinaria (esfínter artificial).

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 satisfecho con la información recibida y que comprendo al alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los extremos anteriores, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de la **PRÓTESIS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA (ESFÍNTER ARTIFICIAL)**.



En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

REVOCACIÓN

D/D^a como paciente
(o representante del paciente D/D^a), de años de
edad, con domicilio en D.N.I. °
.....

Revoco el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado y no
deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de
esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)



DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª como paciente
(o representante del paciente D/Dª.....), de años
de edad, con domicilio en D.N.I. nº
.....

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo: Fdo: Fdo:
(Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos) (Nombre y dos apellidos)