

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE IMPLANTE DE PRÓTESIS EN LA INCONTINENCIA URINARIA (ESFÍNTER ARTIFICIAL)

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Con esta intervención se pretende evitar la pérdida involuntaria de orina mediante la implantación de una prótesis (esfínter urinario artificial), un dispositivo que impide que la orina se escape.

La cirugía se hace casi siempre por la vía vaginal, siendo más rara la vía combinada (vaginal y abdominal) o robótica.

A través de una pequeña incisión en la vagina se pasan los elementos de soporte (mallas sintéticas), que suben y fijan la uretra y la vejiga que se encuentran muy caídas y se mueven mucho. Parte de estos elementos se colocan detrás del pubis a través de una mínima incisión inguinal o abdominal. En algunas pacientes se corrigen los defectos perineales asociados (enterocele, rectocele, cistocele, prolapso uterino).

La paciente es dada de alta con una sonda urinaria uretral hasta que se active el esfínter urinario artificial.

La finalidad de la técnica es corregir o mejorar la pérdida de orina que ocurre con los esfuerzos (tos, andar, estornudar...), mediante la colocación de un esfínter artificial. Es posible que no se modifiquen trastornos de la micción tales como orinar muy a menudo y de forma precipitada, síntomas que en algunos casos pueden ir a más.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Que no mejoren los síntomas o que aparezcan de nuevo (tanto de esfuerzo como de urgencia).
- No poder orinar de forma espontánea (por retención de orina o por lesión de uréteres).
- Urgencia urinaria.
- Lesiones en la vejiga (fístulas temporales o permanentes), o lesiones en los uréteres (fístulas, estenosis).
- Dolor durante el coito.
- Dolor pélvico o en el pubis.
- Inflamación del pubis.
- Debilidad de los músculos de las piernas.
- Inflamación de los nervios cercanos.
- Debido a las mallas existe el riesgo de erosión e intolerancia al material de sutura y sería necesario retirarlas.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.
- Hemorragia digestiva.
- Rechazo a material protésico.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatriz anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico.
- Rehabilitación del suelo pélvico.
- Inyección de Teflón, colágeno o grasa.

AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE IMPLANTE DE PRÓTESIS EN LA INCONTINENCIA URINARIA (ESFÍNTER ARTIFICIAL)"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª _____, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____ no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: