

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- ¿Qué es?:** Es la corrección, por vía vaginal, del prolapso (descolgamiento) vesical (cistocele).
- ¿Cómo se realiza?:** Mediante una incisión (abertura) por vía vaginal se disecciona (separan) la vejiga, uretra y los tejidos parauretrales (alrededor de los uréteres) con reparación del prolapso vesical con los propios tejidos perivesicales (que rodean la vejiga) (con una alta tasa de recurrencias) o mediante la colocación de mallas de *polipropileno* con anclaje a los ligamentos sacroespinosos (menor tasa de recurrencias, pero mayor posibilidad de complicaciones derivadas de la malla). Para ello se precisan técnicas añadidas con o sin colocación de otras mallas de *polipropileno* que fijan estas estructuras al sistema de soporte ligamentoso original de estos órganos. Este tipo de cirugía presenta una gravedad moderada y puede ser realizada, según circunstancias **mediante anestesia regional o general**. Tras la cirugía se coloca una compresa vaginal, para evitar sangrados, y una sonda vesical.
- ¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, sangrado, molestias vaginales, molestias abdominales.
 - Infrecuentes (menos de 10%):** **recidiva** (reaparición) precoz o tardía del prolapso corregido; **extrusión** (exteriorización) **de la malla** a vagina; **sangrado** durante la cirugía o tras ella que precise la reposición de sangre y la realización de procedimientos quirúrgicos adicionales. **Lesiones de la vejiga, el recto, el intestino o los nervios** que rodean el aparato genital femenino. **Imposibilidad de orinar o micción dificultosa** tras la cirugía que precise de sondaje permanente, intermitente o necesidad de nueva cirugía para corregir este hecho. **Problemas derivados de la cicatrización de la herida quirúrgica:** disminución de la sensibilidad vaginal o cutánea en la zona de la cirugía, infección con diferentes tipos de gravedad, apertura de la herida (que precise otras cirugías); **lesiones vesicales** (con fístulas temporales o permanentes), defectos estéticos; **coito doloroso, dolor en el pubis, problemas transitorios para la deambulación** por lesión nerviosa; **hiperactividad vesical** que provoca urgencia miccional y que requiere medicación para su mejoría; **reacciones inflamatorias** de los nervios adyacentes (neurinomas).
- Consecuencias previsibles de su realización:** La mejoría o curación del prolapso previo. El índice de éxitos con estas técnicas es superior al 70% aunque depende de múltiples factores. En determinadas ocasiones puede estar indicada la **corrección simultánea de otros prolapso**s de los órganos vecinos como el recto (**rectocele**), útero (**histerocele**) o cúpula vaginal (**enterocele**). En ocasiones la propia inflamación de los tejidos tras la cirugía dificulta el vaciado vesical por lo que se recomienda dar el alta al paciente con un sondaje vesical que se retirará a los pocos días. En el caso que no se recuperara la micción se aconsejaría sondaje intermitente realizado por el propio paciente o familiares. El postoperatorio suele ser corto (4 semanas) y requiere habitualmente reposo relativo.
- Consecuencias previsibles de su no realización:** Se mantendrá la clínica motivo de consulta.
- Alternativas:** Observación; colocación de un pesario para el prolapso. Cirugía por vía laparoscópica.
- Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer la aparición de complicaciones posteriores. Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes o medicaciones actuales.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

UROLOGÍA

CIRUGÍA DE CISTOCELE POR VÍA VAGINAL

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____