

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica quirúrgica que pretende extirpar la malla y/o cubrir el defecto tisular generado por algunas mallas utilizadas en cirugía vaginal que acaban erosionando los tejidos que las rodean produciendo una exposición a vagina o extrusión (salida hacia) a órganos vecinos (uretra, vejiga, recto) con síntomas como sangrado o molestias locales.
2. **¿Cómo se realiza?:** La intervención quirúrgica más frecuente se realiza mediante una técnica por vía vaginal reseca la malla expuesta y reconstruyendo el defecto mediante los propios tejidos de la paciente. Pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales para solventar los defectos anatómicos asociados. Este tipo de cirugía presenta una gravedad variable y puede ser realizada, mediante anestesia regional o general. El postoperatorio suele ser corto, 1-2 días. En ocasiones, la propia inflamación de los tejidos tras la cirugía dificulta el vaciado vesical por lo que es recomendable que el/la paciente sea dada de alta con una sonda vesical que se retirará en su ambulatorio a los pocos días. En algunos casos donde no se recupera inicialmente la micción se aconsejarán sondajes intermitentes a realizar por la propia paciente o familiares.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** infección urinaria, escozor vaginal.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** **imposibilidad de su extracción** por problemas técnicos; **sangrado** durante la cirugía o tras ella que precise la reposición de sangre; **lesión 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; **cicatrización anómala** de la herida quirúrgica con disminución de la sensibilidad vaginal o cutánea en la zona de la cirugía o **dolor durante el coito**; **infección** de los tejidos circundantes; **apertura de la herida** con salida del paquete intestinal, lesiones vesicales (con fístulas temporales o permanentes); **defectos estéticos**; **dolor en el pubis**, **lesión nerviosa** con problemas transitorios para la deambulación; **hiperactividad vesical** que provoca urgencia miccional y que requiere medicación para su mejoría; **caída del techo de la vagina o de la pared anterior o posterior**; **fístula urinaria**
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** El recorte de la parte de la malla que se ha salido y el cierre de la apertura con cese de los síntomas.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Que continúen las molestias derivadas de la salida de la malla con posibilidad de infección de los tejidos.
6. **Alternativas:** Las pomadas de estrógenos mejoran los síntomas sin resolver el problema.
7. **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. Debe advertir a los profesionales sanitarios de sus alergias.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

UROLOGÍA

CIRUGÍA DE EXTRUSIÓN DE MALLAS

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	NÚM. 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:

Paciente / su representante:

Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: _____

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____