



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Procedimiento quirúrgico que consiste en colocar una malla de *polipropileno* y un dispositivo de plástico para ajustar la malla. Indicado en el tratamiento de la recurrencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo o por sospecha de déficit de esfínter. En algunos casos muy seleccionados se puede sustituir la malla por tejido de la propia paciente.
2. **¿Cómo se realiza?:** Mediante anestesia (raquídea o general), se realiza una incisión a nivel vaginal para colocar la malla por debajo de la uretra, mediante unas agujas se pasan unos hilos de *polipropileno* (suturados a la malla) hasta el abdomen, para introducirlos en el dispositivo que tira de ellos y se ajusta la malla. El dispositivo de ajuste queda por debajo de la piel en la parte baja del abdomen. Pueden solicitarle un cultivo de orina antes de la intervención para valorar necesidad de tratamiento antibiótico. Tras la realización del procedimiento se realiza el ajuste de la tensión de la malla a las 24-72 h. Usted deberá mantener un reposo relativo durante 1 mes aproximadamente.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** los riesgos pueden estar relacionados con la cirugía o con el dispositivo
 - **Frecuentes (más del 10%):** Hiperactividad vesical que provoque incontinencia por urgencia, sangrado por herida vaginal.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** Retención orina. Lesión uretral. Infección de la prótesis que obligue a retirada. Erosión de la malla o los hilos en vagina o vejiga. Sangrado durante la cirugía o tras ella que precise la reposición de sangre y realización de procedimientos quirúrgicos adicionales para detener la hemorragia, con posibilidad, excepcional, de muerte. Lesión de vejiga, intestino o nervios que rodean el aparato genital. Dolor durante las relaciones sexuales. Dolor pélvico.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Curación o mejoría de la incontinencia. La tasa de éxitos de estas técnicas es del 70-80% aunque depende de múltiples factores como la edad, peso, procedimientos previos, gravedad de la incontinencia, etc. Hasta el 45% de las pacientes pueden necesitar un reajuste del sistema para mejorar la continencia, y la tasa de reajuste por paciente es de 0,4.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Es probable que su sintomatología persista y puede empeorar con el tiempo. La incontinencia urinaria afecta de manera muy importante a la calidad de vida, pero no representa un riesgo vital.
6. **Alternativas:** Existen alternativas tales como cabestrillo retropúbico no ajustable, o transobturador o agentes inertes intrauretrales, pero tienen otras indicaciones.
7. **Riesgos en función de su situación:** Situaciones tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, enfermedad neurológica... puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

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	CATEGORIA 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: _____