



DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

- Què és?:** És una tècnica quirúrgica utilitzada específicament en el tractament de la incontinència urinària femenina d'esforç. En la incontinència mixta, que associa un component urinari d'urgència, aquesta cirurgia és una indicació relativa, ja que no està assegurada la correcció de la urgència.
- Com es realitza?:** Mitjançant una incisió única per via vaginal amb col·locació, per davall de la uretra, d'una xicoteta malla plàstica de polipropilè. A vegades pot ser recomanable l'extracció de la malla pels dos forats obturadors (TOT) (a nivell de les dos engonals) o per davant del pubis (TVT), mitjançant unes xicotetes incisions de 4 mil·límetres. Aquestes cintes actuen de suport de la uretra i permeten controlar les fuites. Aquest tipus de cirurgia presenta una gravetat moderada i pot ser realitzada, segons circumstàncies, mitjançant anestèsia regional o general. L'habitual és que es realitze de manera ambulatoria o amb 24 hores d'ingrés, de tal manera que la pacient és donada d'alta (excepte indicació en contra) el mateix dia de la cirurgia o el següent.
- Quins són els riscos?:**
 - Freqüents (més del 10%):** Infecció urinària, sagnat mínim postoperatori, molèsties vaginals.
 - Infreqüents (menys de 10%):** Sagnat durant la cirurgia o després d'aquesta, que necessite la reposició de sang i la realització de procediments quirúrgics addicionals. Lesions de la bufeta, el recte, l'intestí o els nervis que envolten l'aparell genital femení. Impossibilitat d'orinar o micció dificultosa després de la cirurgia, que necessite un sondatge permanent, intermitent o necessite una nova cirurgia per a corregir aquest fet. Problemes derivats de la cicatrització de la ferida quirúrgica: Disminució de la sensibilitat vaginal o cutània en la zona de la cirurgia, infecció amb diferents tipus de gravetat, obertura de la ferida (que necessite altres cirurgies), lesions vesicals (amb fistules temporals o permanents), defectes estètics, intolerància al material utilitzat, coit dolorós, dolor en el pubis, problemes transitoris per a la deambulació per lesió nerviosa. Hiperactivitat del múscul vesical, que provoca urgència miccional i que requereix medicació per a la seua millora. Reaccions inflamatòries dels nervis adjacents (neurinomes). Exposició vaginal i extrusió (eixida) de la malla a altres òrgans (uretra, bufeta, recte) que requerisca una nova cirurgia correctora.
- Conseqüències previsibles de la realització:** La millora o curació de la incontinència urinària. L'índex d'èxits amb aquestes tècniques és del 80% a un any i del 75% als cinc anys, depenent de múltiples factors com l'edat, el pes, la gravetat de la incontinència, etc. Després de la cirurgia, es col·loca una compresa vaginal, per a evitar sagnats, i una sonda vesical. A les quatre hores, s'ha de retirar la compresa vaginal i la sonda. A vegades, la inflamació dels teixits després de la cirurgia dificulta el buidatge vesical, per la qual cosa és recomanable que la pacient siga donada d'alta amb una sonda vesical que es retirarà en el seu ambulatori als pocs dies. En alguns casos on no es recupera inicialment la micció, s'aconsellaran sondatges intermitents a realitzar per la mateixa pacient o familiars. El postoperatori sol ser curt (quatre setmanes) i requereix, habitualment, un repòs relatiu.
- Conseqüències previsibles de la no-realització:** La incontinència urinària és un trastorn que afecta de manera important la qualitat de vida; no obstant això, no representa un risc vital.
- Alternatives:** Cirurgia oberta abdominal (Marshall-Burch), fàrmacs, injecció periuretral d'agents inerts, rehabilitació del sòl pelvià.
- Riscos en funció de la seua situació:** La presa de fàrmacs anticoagulants (com Sintrom, Apixabán, etc.) o antiagregants (com Aspirina, Adiro, etc.) pot condicionar un major risc de sagnat. La presència prèvia d'infecció urinària pot afavorir l'aparició de complicacions posteriors.

És absolutament necessari que ens informe de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions del coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

DADES PACIENT

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT
NÚM. SIP	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA)		CP
LOCALITAT:	PROVÍNCIA	TELÈFON	CORREU ELECTRÒNIC

DADES REPRESENTANT LEGAL

COGNOMS	NOM	DNI	DATA DE NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	-------------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

COGNOMS	NOM	CATEGORIA PROFESSIONAL	NÚM. COL·LEGIACIÓ
---------	-----	------------------------	-------------------

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessària la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment

Per tant:

Autoritze la realització d'aquest procediment No autoritze la realització d'aquest procediment

_____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com he prestat i signat en l'apartat anterior.

_____ de _____ de _____

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

He sigut informat/a que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb finalitats científiques i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i el meu anonim. Per això:

AUTORITZE:

NO AUTORITZE:

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINALITATS CIENTÍFICS

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

Pacient / el/la seu/a representant.

Professional sanitari/ària

Signatura: _____

Signatura: _____