

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- ¿Qué es?:** Es una técnica quirúrgica utilizada específicamente en el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo. En la incontinencia mixta, que asocia un componente urinario de urgencia, esta cirugía es una indicación relativa, ya que no está asegurada la corrección de la urgencia.
- ¿Cómo se realiza?:** Mediante una incisión única por vía vaginal con colocación, por debajo de la uretra, de una pequeña malla plástica de *polipropileno*. En ocasiones puede ser recomendable la extracción de la malla por ambos agujeros obturadores (TOT) (a nivel de ambas ingles) o por delante del pubis (TVT), mediante unas pequeñas incisiones de 4 mm. Estas cintas actúan de soporte de la uretra y permiten controlar los escapes. Este tipo de cirugía presenta una gravedad moderada y puede ser realizada, según circunstancias mediante anestesia regional o general. Lo habitual es que se realice de modo ambulatorio o con 24 horas de ingreso de tal manera que la paciente es dada de alta (salvo indicación en contra) el mismo día de la cirugía o el siguiente.
- ¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, sangrado mínimo postoperatorio, molestias vaginales.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** **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, intolerancia al material utilizado, coito doloroso, dolor en el pubis, problemas transitorios para la deambulación por lesión nerviosa. Hiperactividad del músculo vesical que provoca urgencia miccional y que requiere medicación para su mejoría. Reacciones inflamatorias de los nervios adyacentes (neurinomas). Exposición vaginal y extrusión (salida) de la malla a otros órganos (uretra, vejiga, recto) que requiera de una nueva cirugía correctora.
- Consecuencias previsibles de su realización:** La mejoría o curación de la incontinencia urinaria. El índice de éxitos con estas técnicas es del 80% a 1 año y del 75% a los 5 años, dependiendo de múltiples factores como la edad, peso, gravedad de la incontinencia, etc. Tras la cirugía se coloca una compresa vaginal, para evitar sangrados, y una sonda vesical. A las 4 horas se debe retirar la compresa vaginal y la sonda. En ocasiones, la propia inflamación de los tejidos tras la cirugía dificulta el vaciado vesical por lo que es recomendable que 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. El postoperatorio suele ser corto (4 semanas) y requiere, habitualmente, un reposo relativo.
- Consecuencias previsibles de su no realización:** La incontinencia urinaria es un trastorno que afecta de manera importante la calidad de vida, sin embargo no representa un riesgo vital.
- Alternativas:** Cirugía abierta abdominal (Marshall-Burch), fármacos, inyección periuretral de agentes inertes, rehabilitación del suelo pélvico.
- Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como sintrom, apixabán...) o antiagregantes (como aspirina, adiro...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer la aparición de complicaciones posteriores. Debe advertir a los profesionales sanitarios de sus alergias. **Es absolutamente necesario que nos informe 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	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: _____