

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** Es la colocación de una almohadilla de silicona sujeta a unas cintas de malla de *polipropileno*, y un reservorio o depósito para poder rellenar la almohadilla, si es preciso. Indicada en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo masculina tras cirugía de próstata.

**2. ¿Cómo se realiza?:** Mediante técnica quirúrgica con anestesia (raquianestesia o general), se realiza incisión en el periné para colocar la almohadilla de silicona por debajo de la uretra y, posteriormente, pasar las cintas de la malla por ambos agujeros obturadores (a nivel de ambas ingles). El reservorio se ubica en la bolsa escrotal al lado del testículo. Tras la realización del procedimiento usted deberá mantener un reposo relativo durante 1 mes aproximadamente. Pueden solicitarle un cultivo de orina antes de la intervención para valorar necesidad de tratamiento antibiótico.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** los riesgos aparecen en menos del 10% de los pacientes

- **Frecuentes (más del 10%):** Alteraciones de la sensibilidad cutánea. Dolor en la zona de la intervención que puede llegar a dificultar la deambulación y precise analgesia o infiltración anestésica. Imposibilidad de orinar que precise sondaje intermitente, permanente o nueva cirugía para corregirlo. El reajuste de la almohadilla puede conllevar un riesgo de infección del dispositivo que obligue a la retirada del mismo en una segunda intervención. Infección de herida con diferentes tipos de gravedad. Hiperactividad vesical que provoca urgencia miccional y requiere medicación.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** 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 masculino. Intolerancia al dispositivo de silicona, erosión del mismo en uretra o a través de la piel del periné.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** Curación o mejoría de la incontinencia. La tasa de éxitos de estas técnicas es aproximadamente un 40% de pacientes y un 60-70% de mejoría, depende también de múltiples factores como la edad, peso, procedimientos previos, radioterapia, gravedad de la incontinencia, etc.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** La incontinencia urinaria afecta de manera muy importante a la calidad de vida, pero no representa un riesgo vital, en caso de no realizar la técnica es probable que su sintomatología persista y puede empeorar con el tiempo.

**6. Alternativas:** Existen alternativas tales como el esfínter urinario artificial, pero con mayor número de componentes que aumentan el riesgo de complicaciones, por eso se ha considerado más oportuno en su caso optar por este procedimiento.

**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: \_\_\_\_\_