

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Son una serie de técnicas médicas de punción uretral de sustancias cuya indicación principal es la **Incontinencia Urinaria por Esfuerzo**. En La Incontinencia Urinaria Mixta (Incontinencia de esfuerzo + incontinencia de urgencia) sería una indicación relativa de tratamiento ya que no se asegura la corrección de la incontinencia por urgencia.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza mediante la inyección, en diferentes partes de la uretra, de agentes inertes biocompatibles que permiten una mejor restitución (coaptación) de la mucosa uretral lo que facilita la continencia urinaria. 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 de tal manera que la paciente sea dada de alta (salvo indicación contraria) el mismo día de la cirugía.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, sangrado mínimo postoperatorio, molestias uretrales o vaginales.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** % **Sangrado** durante la cirugía o tras ella; **lesiones de la vejiga 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. **Disminución de la sensibilidad vaginal** en la zona de la cirugía, **infección** con diferentes tipos de gravedad; **intolerancia al material utilizado, coito doloroso, dolor en el pubis; hiperactividad vesical** que provoca urgencia miccional y que requiere medicación para su mejoría. **Reacciones inflamatorias** de los nervios adyacentes (neurinomas).
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La mejoría o curación de la incontinencia urinaria. El índice de éxitos con estas técnicas es variable dependiendo de múltiples factores como la edad, peso, gravedad de la incontinencia, etc. 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 (1-2 días) y requiere habitualmente un reposo relativo
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** La incontinencia urinaria es un trastorno con serias implicaciones sociales que afecta de manera muy importante la calidad de vida. Sin embargo no es una enfermedad en sí misma y, por tanto, no compromete la salud de la paciente ni representa un riesgo vital.
6. **Alternativas:** Técnicas de cabestrillo con salida abdominal, cirugía abierta abdominal, fármacos, cintas transobturatrices, rehabilitación del suelo pélvico, etc pero tienen otras indicaciones por lo que su médico/a ha juzgado más eficaz en su caso optar por el procedimiento antes descrito
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores. Es absolutamente necesario que nos informe de alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes o medicaciones actuales.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

UROLOGÍA

INYECCIÓN DE AGENTES INERTES PARA INCONTINENCIA

URINARIA FEMENINA

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: _____