

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

1. Què és?: Tècnica quirúrgica per a corregir, per via abdominal laparoscòpica, el prolapse d'òrgans pelvians.

2. Com es realitza?: Mitjançant diverses incisions en l'abdomen es mobilitzen la bufeta, úter, vagina i recte per a reparar el prolapse vesical mitjançant la col·locació de malles de polipropilè amb ancoratge als lligaments prevertebrals del promontori sacre o als lligaments pectinis (en funció de la tècnica recomanada per l'especialista). Aquesta tècnica està indicada per a la correcció simultània d'altres prolapses dels òrgans veïns com el recte (rectocele), úter (histerocele) o cúpula vaginal (enterocele). Aquest tipus de cirurgia presenta una gravetat moderada i es realitza, mitjançant anestèsia general. Després de la cirurgia es col·loca una compresa vaginal (que es retirarà abans de l'alta) per a evitar sagnats, i una sonda vesical. A vegades, la inflamació dels teixits després de la cirurgia dificulta el buidatge vesical i en aqueixos casos és recomanable que la pacient siga donada d'alta amb una sonda vesical que es retirarà en el seu ambulatori als pocs dies. El postoperatori sol ser curt (4-6 setmanes) i requereix un repòs relatiu.

3. Quins són els riscos?:

- **Freqüents (més del 10%):** Infecció urinària, sagnat mínim postoperatori, molèsties vaginals, molèsties abdominals, empitjorament o aparició de restrenyiment en diferents graus, de lleu a sever.
- **Infreqüents (menys de 10%):** **Recidiva** precoç o tardana del prolapse corregit; **extrusió** (exteriorització) **de la malla** a vagina o via urinària; **sagnat** durant la cirurgia o després d'aquesta que necessite 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 la necessitat d'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; **coït dolorós per incurvació vaginal, dolor en el pubis, problemes transitoris per a la deambulació** per lesió nerviosa; **hiperactivitat vesical**, que provoca urgència miccional i que requereix medicació per a la seua millora; **incontinència d'esforç, reaccions inflamatòries** dels nervis adjacents (neurinomes) i altres derivades de l'accés laparoscòpic (emfisema subcutani, dolor de múscles, embòlia gasosa...). En alguns casos on **no es recupera inicialment la micció** s'aconsellaran sondatges intermitents a realitzar per la mateixa pacient o familiars.

4. Conseqüències previsibles de la realització: La millora o curació del prolapse previ. L'índex d'èxits amb aquestes tècniques és superior al 70%, encara que depén de múltiples factors com l'edat, el pes, la gravetat de la incontinència, etc.

5. Conseqüències previsibles de la no realització: El prolapse vesical és un trastorn que afecta de manera molt important la qualitat de vida. No obstant això, no és una malaltia en si mateixa i, per tant, no sol comprometre la salut de la pacient ni representa un risc vital.

6. Alternatives: Observació; col·locació d'un pesari per al suport del prolapse. Cirurgia per via vaginal.

7. Riscos en funció de la seua situació: La presa d'anticoagulants (com Sintrom, Apixabán) o antiagregants (com Aspirina o Adiro) pot condicionar un major reg de sagnat. La presència prèvia d'infecció urinària pot afavorir les complicacions posteriors. L'antecedent de cirurgies pelvianes prèvies suposa un major risc de complicacions.

Recorde que ha d'informar de possibles al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties concomitants, o medicacions actuals.

DECLARACIÓ 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 NAIXEMENT	EN QUALITAT DE
---------	-----	-----	----------------	----------------

DADES PROFESSIONAL

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

DECLARE que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari la realització d'aquest procediment
- He comprés la informació rebuda
- He pogut formular totes les preguntes que he cregut 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

_____ , d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT

Revoque el consentiment prestat en la data indicada

_____ d _____ de _____

Pacient / 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.

_____ , d _____ de _____

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

UTILITZACIÓ D'IMATGES I VÍDEOS AMB FINS CIENTÍFICS

He sigut informat/ada que el procediment pot ser gravat i les dades utilitzades amb fins científics i/o didàctics, assegurant sempre la meua intimitat i anonimat. Per això:

AUTORITZE: NO AUTORITZE:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____

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

Revoque el consentiment prestat en la data indicada:

Pacient / Representant:

Professional sanitari/ària:

Signatura: _____

Signatura: _____