

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Técnica quirúrgica para corregir, por vía abdominal laparoscópica, el prolapso de órganos pélvicos.

2. ¿Cómo se realiza?: Mediante varias incisiones en el abdomen se movilizan la vejiga, útero, vagina y recto para reparar el prolapso vesical mediante la colocación de mallas de *polipropileno* con anclaje a los ligamentos prevertebrales del promontorio sacro o a los ligamentos pectíneos (en función de la técnica recomendada por su médico). Esta técnica está indicada para la corrección simultánea de otros prolapsos de los órganos vecinos como el recto (rectocele), útero (histerocele) o cúpula vaginal (enterocele). Este tipo de cirugía presenta una gravedad moderada y se realiza, mediante anestesia general. Tras la cirugía se coloca una compresa vaginal (que se retirará antes del alta) para evitar sangrados, y una sonda vesical. En ocasiones, la propia inflamación de los tejidos tras la cirugía dificulta el vaciado vesical y en esos casos es recomendable que la paciente sea dada de alta con una sonda vesical que se retirará en su ambulatorio a los pocos días. El postoperatorio suele ser corto (4-6 semanas) y requiere un reposo relativo.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, sangrado mínimo postoperatorio, molestias vaginales, molestias abdominales, empeoramiento o aparición de estreñimiento en diferentes grados, desde leve a severo.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** **Recidiva** precoz o tardía del prolapso corregido; **extrusión** (exteriorización) **de la malla** a vagina o vía urinaria; **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; **coito doloroso por incurvación vaginal, dolor en el pubis, problemas transitorios para la deambulación** por lesión nerviosa; **hiperactividad vesical** que provoca urgencia miccional y que requiere medicación para su mejoría; **incontinencia de esfuerzo, reacciones inflamatorias** de los nervios adyacentes (neurinomas) y otras derivadas del acceso laparoscópico (enfisema subcutáneo, dolor de hombros, embolia gaseosa...). En algunos casos donde **no se recupera inicialmente la micción** se aconsejarán sondajes intermitentes a realizar por la propia paciente o familiares.

4. Consecuencias previsibles de su realización: La mejoría o curación del prolapso previo. El índice de éxitos con estas técnicas es superior al 70% aunque depende de múltiples factores como la edad, peso, gravedad de la incontinencia...etc.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: El prolapso vesical es un trastorno con que afecta de manera muy importante la calidad de vida. Sin embargo no es una enfermedad en sí misma y, por tanto, no suele comprometer la salud de la paciente ni representa un riesgo vital.

6. Alternativas: Observación; colocación de un pesario para el soporte del prolapso. Cirugía por vía vaginal.

7. Riesgos en función de su situación: 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. El antecedente de cirugías pélvicas previas supone un mayor riesgo de 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: _____