

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CISTOLITOTRICIA ENDOSCÓPICA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante esta técnica se extraen los cálculos de la vejiga por cirugía endoscópica, fragmentándolos con distintas fuentes de energía: ultrasonidos, energía electromecánica, electromagnética o láser, dependiendo del tamaño de los cálculos y de la causa que los produce (suele ser por obstrucción del cuello de la vejiga o de la uretra y se deben a patologías como el adenoma de próstata o la estenosis de uretra), en cuyo caso se complementará el procedimiento con la técnica que solucione el problema causante.

Tras la cirugía se coloca una sonda uretral que se quita en pocos días.

La finalidad de la técnica es eliminar los cálculos de la vejiga, mejorar los síntomas y evitar las posibles complicaciones.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- No conseguir la extracción de todos los cálculos, para lo que serían precisos otros tratamientos.
- Infección de orina, por lo general leve, pero que puede llegar a producir una sepsis (infección general).
- Fístula urinaria.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Perforación de la vejiga. Si es importante, se debe suspender la técnica y dejar colocada una sonda varios días.
- Hematuria (sangre en la orina) de intensidad variable que puede requerir transfusión.
- Estrechez del cuello de la vejiga o de la uretra.
- Sangrado durante la intervención o tras ella.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No tiene | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edad Avanzada | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | <input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante |
| <input type="checkbox"/>puede | | | |

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía abierta.
- Tratamiento con ondas de choque.

AUTORIZACIÓN PARA "CISTOLITOTRICIA ENDOSCÓPICA"

Yo, D./D.^a , como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: