

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESCLEROSIS DEL CUELLO VESICAL

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se hacen uno o más cortes sobre el cuello de la vejiga (cervicotomía), y se pone una sonda vesical que es retirada en los días siguientes al alta del hospital.

Los primeros días es normal notar escozor o sangrado con las primeras micciones (orina), que irán desapareciendo.

En ocasiones se requiere la realización de un segundo procedimiento quirúrgico, que se realizaría en los meses posteriores a la primera intervención.

Para complementar el tratamiento, a veces se requiere realizar un sondaje vesical o bien un programa de dilataciones de uretra que se hace de forma ambulatoria.

La finalidad de la técnica es restaurar la normalidad de la micción (orinar) y la capacidad para vaciar la vejiga de forma natural.

### 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:

- No conseguir mejora de la calidad miccional.
- No poder retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.
- Estenosis de uretra (estrechamiento). Puede requerir tratamientos posteriores.
- Incontinencia de orina. Suele ser leve y asociada a urgencia miccional.
- Perforación de víscera hueca (vejiga, recto o intestino). Puede necesitar de cirugía urgente o de punción y drenaje.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital
- Síndrome de reabsorción de líquidos, por paso del líquido de irrigación a la sangre.
- Eyaculación retrógrada (el semen sale a la vejiga).
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.

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)*

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión  
 Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....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 por vía transabdominal o por vía transperineal.
- Derivación urinaria.

## AUTORIZACIÓN PARA “ESCLEROSIS DEL CUELLO VESICAL”

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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: