

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URETROGRAFÍA-CISTOGRAFÍA RETROGRADA CON CONTRASTE

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

Es una exploración radiológica que utiliza radiaciones ionizantes (rayos X) y que sirve para estudiar la uretra y la vejiga urinaria.

Para ello se introduce contraste iodado a través de una sonda, mientras está acostado en una mesa especial de Rayos X.

El estudio consta de 3 fases:

- Retrógrado: se introduce contraste en la uretra.
- Cistografía: se pasa la sonda a la vejiga y se llena de contraste.
- Micción: se retira la sonda y se le pide que orine.

Se le realizan radiografías seriadas durante la introducción de contraste, con la vejiga llena, y posteriormente durante la micción.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

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

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos no deseados como:

Por la técnica:

- Infecciones vesicales.
- Sangrado urinario.
- Creación de una falsa vía.
- Espasmos de la uretra.

Por el contraste iodado en caso de que pase a la sangre (situación que ocurre de forma excepcional):

- Sensación de calor en las áreas faríngea y genital. Su duración es muy breve (segundos) y no causa perjuicio.
- Reacciones adversas leves: náuseas, mareo, picor...
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal.
- Excepcionalmente podría ocurrir una reacción más grave (shock anafiláctico...) que requiriese, en casos extremos tratamiento hospitalario.

Otros riesgos:

- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven de forma espontánea. Aunque a veces hay que recurrir a tratamiento médico.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
 FECHA DE NACIMIENTO.....  
 CIP AUTONÓMICO.....  
 Nº Htª CLÍNICA.....  
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD  
 Servicio de Radiología

**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.

*Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.*

**CONTRAINDICACIONES:**

- Obstrucción uretral completa.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

En su caso se considera que esta técnica es la más adecuada en este momento. Si fuera necesario se valorarán otras alternativas para su estudio.

**AUTORIZACIÓN PARA “URETROGRAFÍA-CISTOGRAFÍA RETROGRADA CON CONTRASTE”**

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./Dª. \_\_\_\_\_, así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, 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 \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:    DNI/NIE o pasaporte:	Fdo.: Dr./Dra.    Col. Nº:      Nombre Servicio:
--	--



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

**ÁREA DE SALUD**

*Servicio de Radiología*

---

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o 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 \_\_\_\_\_,

Fdo. Paciente: