



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es una técnica consistente en derivar al exterior la orina contenida en la vejiga cuando la cateterización uretral (colocación de un tubo en la uretra) no es posible por estenosis (estrechamiento) de la uretra o no es deseable como puede ser en el caso de una prostatitis (inflamación de la próstata), un absceso prostático o sospecha de traumatismo uretral.
2. **¿Cómo se realiza?:** La forma más sencilla de realizarla es a través de una punción por encima del pubis (vía percutánea) bajo anestesia local o bien por cirugía cuando no sea posible la anterior. A través de las vías mencionadas se coloca una sonda urinaria (sonda suprapúbica) que asegura el vaciamiento vesical.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la vejiga, sangrado en la zona de punción, escozor miccional, infección urinaria, hematuria.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** La **imposibilidad** de llevar a cabo la punción; **perforación de un asa intestinal**, con el consiguiente riesgo de peritonitis; **hemorragia incoercible (sangrado muy abundante)** tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas; **reacciones alérgicas** al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: **infección o sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis**, incluso de forma ocasional; **dolor** variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia**; **fístula uretral o vesical** (comunicación del conducto uretral o vejiga al exterior con incontinencia persistente).
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La derivación de la orina al exterior de la vejiga.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Deterioro de la función renal y vesical por la mala dinámica miccional.
6. **Alternativas:** La colocación de un catéter endoscópicamente por la uretra aunque si se ha optado por la cistostomía suprapúbica es porque este método es más deseable en su caso.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. **Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias** medicamentosas, **alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

UROLOGÍA
CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA

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	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. 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:

Paciente / su representante:

Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: _____

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____