

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Consiste en distender (aumentar el tamaño) la vejiga bajo visión endoscópica.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general, se introduce un cistoscopio en la vejiga y se introduce suero fisiológico hasta alcanzar una presión de 80 cm de agua y mantenerla 8 minutos. Se procederá a extraer una muestra de tejido de la pared de la vejiga para su estudio anatomopatológico, con el fin de determinar la naturaleza de la enfermedad. En determinadas ocasiones puede estar indicada la fulguración (electrocoagulación) o resección (eliminación) de úlceras o lesiones (lesión de Hunner) si éstas fueran visibles durante la endoscopia. Usted recibirá una profilaxis antibiótica con el procedimiento. En la mayoría de las ocasiones llevará una sonda vesical por un corto periodo de tiempo.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%): Sangrado** durante la cirugía o tras ella (el riesgo de sangrado significativo es menor al 20 %). **Infección urinaria . Hematuria macroscópica** (aparece en el 70% de los casos).
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** Rotura de la vejiga, que precise cirugía abdominal abierta para su reparación. **Shock séptico. Lesiones cicatriciales** a nivel de la uretra o de la vejiga. **Sangrado** que requiera transfusión es menor del 1% y el riesgo de mortalidad por esta causa es de menos de 1 cada 1000.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Con esta intervención de la vejiga se pretende mejorar su capacidad y el dolor asociado a esta enfermedad. La mejoría del dolor y los síntomas urinarios asociados, es mayor cuando se asocia a la inyección de toxina botulínica en el detrusor, alcanzando una tasa de éxito del 60-80% a los 12 meses, por lo que habitualmente, es necesario repetir el procedimiento pasado este tiempo.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** El síndrome de dolor vesical es un trastorno con serias implicaciones sociales que afecta de manera muy importante la calidad de vida. Sin embargo no es una enfermedad en sí misma y, por tanto, no compromete la salud de la paciente ni representa un riesgo vital. Caso de no aceptar esta indicación es probable que su sintomatología persista y empeore con el tiempo.
6. **Alternativas:** Medicación oral, instilaciones vesicales, neuromodulación sacra, SANS, inyección de toxina botulínica, cistectomía subtotal con ampliación vesical u observación.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) 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.

**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	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: \_\_\_\_\_