



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** La intervención quirúrgica, por vía vaginal, consiste en la extirpación de un quiste, habitualmente de contenido líquido, situado en la vagina cerca de la uretra. Suelen ser restos embrionarios, el resultado de la obstrucción de las glándulas periuretrales o procesos cicatriciales anómalos tras cirugías previas.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general se separa la zona quística de las estructuras adyacentes (recto, vejiga, uretra) extrayendo total o parcialmente el quiste o suturando sus bordes para que no se reproduzca.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la uretra y vejiga, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** que no se pueda realizar el procedimiento por problemas técnicos; **recidiva (reaparición)** (precoz o tardía) **del quiste**; complicaciones locales: **infección** o **sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis**; **dolor** variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia**; **fístula uretro-vaginal, vésico-vaginal o uretro-vésico-intestinal** (comunicación del conducto uretral o vejiga con el intestino); **retención urinaria transitoria o permanente** que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos; **coito doloroso o disminución del deseo sexual**; **osteítis del pubis**; **no conseguir la mejoría de la disfunción miccional**; **lesión vesical o intestinal**; **dolor pélvico crónico**; **estenosis uretral**.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La extirpación del quiste vaginal con mejoría de las molestias o de la dinámica miccional.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistencia del quiste vaginal con sus molestias asociadas o su repercusión sobre la dinámica miccional.
6. **Alternativas:** Al ser una patología usualmente benigna una alternativa es la observación o bien la punción evacuación aunque con muchas posibilidades de reaparición.
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  
CIRUGÍA DE QUISTE VAGINAL**

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