

## CISTOSCOPIA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **INFORMACION GENERAL**

Mediante este procedimiento se pretende diagnosticar las causas de sus molestias y eliminar, en su caso, tales causas, aunque el objetivo fundamental es el diagnóstico.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

#### **EN QUE CONSISTE LA CISTOSCOPIA**

Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, se ve el interior de la vejiga y de la uretra. Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables. En ocasiones puede optarse por realizarla bajo sedación, bien por su decisión, bien por alto riesgo de recidiva de un tumor vesical o por necesitar alguna manipulación complementaria.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

#### **RIESGOS DE LA CISTOSCOPIA**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir llegar a un diagnóstico.
- Hemorragia, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, aunque su producción es infrecuente.
- Infección urinaria o general de consecuencias imprevisibles.
- Perforación vesical, debido a dificultades de introducción del cistoscopio, vejigas deterioradas por patología propia o a consecuencia de obstrucciones prolongadas, aunque es infrecuente que suceda y no siempre requiere un tratamiento específico al margen de dejar una sonda permanente.
- Estenosis uretrales, debido a la propia manipulación uretral al paso del cistoscopio.
- Cuadro febril (bacteriemia) a pesar de la profilaxis antibiótica.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En su caso no existe una alternativa eficaz y las exploraciones radiológicas, ecográficas y analíticas son complementarias.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

#### Consentimiento

Yo, Sr./a. \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **CISTOSCOPIA**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. \_\_\_\_\_

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**TESTIGO**

D.N.I.:

**PACIENTE**

D.N.I.:

**MEDICO**

Dr.:

M.N./M.P.:

**REPRESENTANTE LEGAL**

D.N.I.:

#### Denegación o Revocación

Yo, Sr./a. \_\_\_\_\_ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En la Ciudad de \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**TESTIGO**

D.N.I.:

**PACIENTE**

D.N.I.:

**MEDICO**

Dr.:

M.N./M.P.:

**REPRESENTANTE LEGAL**

D.N.I.: