

## CISTOSTOMIA SUPRAPUBLICA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **INFORMACION GENERAL**

Mediante este procedimiento se pretende la desaparición de la retención de orina. La obstrucción por diferentes causas del tracto urinario intravesical en la que no es posible el sondaje uretral obliga a la derivación de la orina contenida en la vejiga por medio de un catéter colocado en la vejiga por punción percutánea (cistostomía suprapúbica) o por cirugía abierta (talla vesical).

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. 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 CISTOSTOMIA SUPRAPUBLICA**

Es una técnica consistente en derivar la orina contenida en la vejiga hacia el exterior, cuando la cateterización uretral no es posible o no es deseable. La forma más sencilla de realizarla es por vía percutánea, aplicándose la cirugía abierta cuando la vía percutánea no se ha demostrado útil. 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 CISTOSTOMIA SUPRAPUBLICA**

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:

- Imposibilidad de llevar a cabo la punción.
- Perforación de un asa intestinal con el consiguiente riesgo de peritonitis.
- Hemorragia incoercible, tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad.
- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida).
- Fístulas temporales o permanentes.
- Defectos estéticos.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (disminución de la sensibilidad).

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

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

Existe la alternativa de mantener la micción espontánea por uretra, con el riesgo de aumento de la retención urinaria, el edema de los genitales, así como la extravasación urinaria y sobreinfección del edema.

Otra alternativa es intentar colocar un catéter endoscópicamente por la uretra, pero en su situación es preferible la cistostomía suprapúbica.

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 **CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA.**

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

CÉD. NO. :  
M.N./M.P.:

#### PACIENTE

CÉD. NO. :

#### MEDICO Dr.:

#### REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.  
NO. :

### 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

CÉD. NO. :  
M.N./M.P.:

#### PACIENTE

CÉD. NO. :

#### MEDICO Dr.:

#### REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.  
NO. :