

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA DE LAS FÍSTULAS VESICALES ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La fístula vesical consiste en la comunicación anómala de la vejiga con las estructuras vecinas (pared abdominal, vagina, útero, intestino, etc.), a través de cuya comunicación se escapa la orina de manera involuntaria y continua.

La causa de dichas fístulas es muy variada, obedeciendo bien a procesos inflamatorios, o bien a secuelas de cirugías anteriores (de tipo ginecológico, obstétrico, cirugía de aparato digestivo, cirugía urológica, etc.)

La intervención quirúrgica consiste en la reparación de dicha comunicación, mediante la resección del trayecto fistuloso y la sutura en diversos planos, de las distintas estructuras comprometidas de la fístula, interponiendo, en algunas ocasiones, material de distinto tipo, bien autólogo (epiplón, grasa, músculo, etc.) o heterólogo.

Esta intervención quirúrgica se puede realizar con anestesia epidural o general. El postoperatorio dura una media de 5 a 7 días. El paciente puede ser dado de alta portando sonda vesical permanente, para retirar posteriormente en Consulta.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y reparación de la fístula.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Pañales de incontinencia

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Corregir la pérdida involuntaria de orina.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

RIESGOS FRECUENTES

1. Reproducción de la fístula.
2. Incontinencia urinaria en distintos grados.
3. Hemorragia incoercible, tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de la hemorragia pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
4. Problemas y complicaciones de la herida quirúrgica:
 - Infección en sus diferentes grados de gravedad.

- Dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria.
- Eversión intestinal (salida del paquete intestinal) que puede necesitar una intervención secundaria.
- Lesiones viscerales que pueden necesitar reparación quirúrgica posteriores con fistulas permanentes o temporales.
- Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales.
- Intolerancias a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.
- Formación de cálculos vesicales.
- Dispareunia (coito doloroso).
- Osteitis (dolores en pubis).
- Inestabilidad vesical.
- Paresias de cuádriceps y psoas (debilidad de los músculos de las extremidades inferiores).
- Neurinoma ileo-gástrico.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA