

Espacio reservado par a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA**.  
Los datos personales se recaban al final del documento

## **EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE**

La ampliación vesical (cistoplastia de ampliación) consiste en la aplicación de un parche a la vejiga para aumentar su capacidad. Habitualmente, el tejido utilizado es el intestino del propio paciente. En algunas ocasiones, fundamentalmente en niños con grandes dilataciones del uréter, se puede utilizar tejido ureteral sobrante.

Sirve para que disminuyan los escapes de orina ocasionados por el aumento incontrolado de contractilidad vesical (hiperactividad) por una enfermedad neurológica en la vejiga y para disminuir la necesidad de orinar con frecuencia por disminución de la capacidad de la vejiga por diferentes causas (cistopatía intersticial, tuberculosis, radioterapia, etc.).

## **CÓMO SE REALIZA**

Para esta intervención es frecuente que sea necesaria una preparación previa del intestino.

El procedimiento requiere anestesia.

Es posible que durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

## **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

En el postoperatorio inmediato es habitual la utilización de analgésicos y antibióticos para control del dolor y de las infecciones. En ocasiones hay que utilizar una sonda a través de la nariz que aspire los gases y los jugos gástricos, para permitir la mejor cicatrización de las suturas en el intestino.

Una vez recuperado/a del postoperatorio tendrá que adaptarse a una nueva situación: Para eliminar mejor la orina tendrá que ayudarse de la fuerza del abdomen para vaciar la vejiga. En algunos casos, tendrá que autosondarse uno o varias veces al día, para asegurar el vaciamiento vesical completo.

## **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

En la mejoría del control de los escapes de orina y/o en el aumento del período de tiempo entre una y otra micción dependiendo de la causa que lleva a la indicación de esta intervención.

## **OTRAS ALTERNATIVAS**

Si su problema son los escapes de orina, puede ser una alternativa la colocación de un colector, en caso del hombre, o de una sonda, en cualquier sexo.

Si existe una disminución excesiva de la capacidad vesical, la colocación de una sonda con sistema de autoretención no sería ya una alternativa y la única opción sería la utilización de pañales.

En ocasiones, para asegurar el funcionamiento de los riñones, la única alternativa es la colocación en ellos de catéteres a través de la piel para que drene directamente la orina. Pero en su caso, consideramos que la mejor opción es la ampliación vesical.

En su caso: \_\_\_\_\_.

## **QUÉ RIESGOS TIENE**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

### ➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura -apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias - dolores nerviosos-, hiperestésias -aumento de la sensibilidad- o hipoestésias -disminución de la sensibilidad-).
- Disfunción eréctil que puede ser definitiva y precisar posterior tratamiento.

### ➤ **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.

- No conseguir la colocación del parche en la vejiga o que persista la sintomatología previa total o parcialmente
- Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida pudiendo precisar la utilización de sangre y hemoderivados.

# Consentimiento Informado *Cistoplastia de ampliación*

- o *Intestinales: parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción o fístulas intestinales que pueden precisar una nueva intervención; peritonitis (infección de la cavidad abdominal) y pancreatitis que pueden llegar a ser especialmente graves y comprometer la vida.*
- o *Complicaciones de las suturas entre el parche y la vejiga que pueden suponer escapes de orina que se exterioricen por los drenajes o la herida o que provoquen peritonitis; litiasis; hematurias. Todas ellas pueden requerir una nueva intervención quirúrgica.*
- o *Infecciones urinarias ascendentes desde leves a muy graves que pueden deteriorar la función renal.*
- o *Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida*
- o *Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles aunque se tomen medidas profilácticas.*
- o *Trastornos metabólicos inherentes a la derivación como acidosis metabólica o déficit de vitamina B12 que pueden requerir tratamiento.*
- o *Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.*

*La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero, como se ha referido, algunas de ellas pueden requerir una reintervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.*

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** \_\_\_\_\_.

## **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA**

*Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.*

*Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.*

## **OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle

# Consentimiento

## Informado *Cistoplastia de ampliación*

asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **CISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN**.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

### Denegación o Revocación

*D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.