

## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA**

Nº Historia: @01

D./ña.: @03

de @05 años de edad,

Con domicilio en @06

y DNI Nº @04

D./ña.: @07

de @09 años de edad,

Con domicilio en @10

y DNI Nº @08

En calidad de @11

de @03

### **DECLARO**

Que el Doctor/a Don/Doña: @12, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA.

**1.-** Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la hematuria (sangrado por la orina) y de la masa tumoral y obtener tejido para confirmar el diagnóstico

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

**2.-** El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

**3.-** Mediante esta técnica se extirpan pequeños fragmentos de tejido vesical mediante un aparato que se introduce por la uretra, denominado resector.

El médico me ha explicado que la indicación fundamental es el tratamiento de los tumores de vejiga aunque también puede ser un procedimiento diagnóstico para evaluar lesiones sospechosas en vejiga o realizar un control biopsico tras tratamiento de tumores vesicales.

Comprendo que la resección transuretral de vejiga puede ser un tratamiento quirúrgico único y suficiente en el caso de tumores superficiales de vejiga (con poca infiltración de la pared vesical) pero que en caso de tumores infiltrantes el tratamiento ha de completarse con otros tipos de cirugía mayor (Cistectomía), quimioterapia o radioterapia.

Sé que esta intervención se realiza habitualmente bajo anestesia regional o raquídea o bien general.

El médico me ha dicho que terminada la operación se coloca una sonda vesical.

También me ha indicado que el postoperatorio normal suele ser corto tras lo cual se retirará la sonda vesical. Los primeros días es normal notar escozor o sangrado con las primeras micciones, que irán desapareciendo.

**4.-** Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento como no conseguir el cese de la hematuria o no poder eliminar la totalidad de la masa tumoral; desarrollo de una estenosis uretral que provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos posteriores; incontinencia urinaria que puede ser: total y permanente, parcial y permanente, total y temporal o parcial y temporal; perforación de viscera hueca durante el acto quirúrgico (recto, intestino, vejiga) y que de suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente y necesaria de otra intervención distinta que consistiría en una laparotomía (apertura del abdomen) o en una punción-drenaje, de consecuencias imprevisibles, donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias 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; Síndrome de Reabsorción Líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo –dicho síndrome puede variar desde leve intensidad (amaurosis transitoria, hipotensión...) a gravedad máxima, donde no se puede descartar la posibilidad de muerte; fiebre por infección de la orina y/o de la sangre, de gravedad variable; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como @14 aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como @15 .

6.- El médico me ha explicado que otras alternativas son la cirugía abierta, la radioterapia y la quimioterapia, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la resección transuretral de vejiga

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice la RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA.

En @13, a @02

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado