

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## CISTECTOMIA PARCIAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

<b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>	Mediante esta técnica quirúrgica se pretende extirpar parte de la vejiga. Esto es así porque la intervención suele realizarse para extirpar un tumor, a veces maligno. Y la cirugía puede ser curativa o paliativa. La técnica puede requerir, en ocasiones, realizar una reimplantación ureteral y puede acompañarse de una linfadenectomía (sacar los ganglios) pélvica uni o bilateral.
<b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>	Se pretende eliminar la parte enferma de la vejiga y la desaparición de los síntomas derivados de la vejiga enferma.
<b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>	Sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía. Pero en su situación actual la alternativa mas aconsejable es la cistectomía parcial.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>	El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando sondas y drenajes colocados durante la cirugía, cuando se considere oportuno según la respuesta clínica.
<b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>	Persistencia de los síntomas, empeoramiento de los mismos. Progresión de enfermedad de base.
<b>RIESGOS FRECUENTES</b>	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. <ul style="list-style-type: none"> <li>- No conseguir la extirpación del tumor de la vejiga y tener que recurrir a una cistectomía - radical o a abstenerse de la actuación quirúrgica.</li> <li>- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.</li> <li>- Fistulas urinarias dependientes de la cistotomía o de la reimplantación uretral, si se realiza, que puede requerir una manipulación endoscópica, endourológica o una nueva reintervención.</li> <li>- Parálisis intestinal de mayor o menor duración.</li> <li>- Las propias de la apertura peritoneal sise requiere ( peritonitis)</li> <li>- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>° Infección de diferente gravedad</li> <li>° Dehiscencia de sutura (apertura)</li> <li>° Eventración (salida de asas intestinales)</li> <li>° Fistulas permanentes o temporales</li> <li>° Defectos estéticos</li> </ul> </li> </ul>
<b>RIESGOS POCO FRECUENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Intolerancia a los materiales de sutura</li> <li>° Neuralgias</li> <li>- Problemas derivados de la linfadenectomía: lesiones vasculares severas, lesiones venosas que dan lugar a hemorragias importantes, lesiones ureterales, sección del nervio obturador, linfocele con posibilidad de infección.</li> <li>- Tromboembolismos venosos y/o pulmonares</li> <li>- Hemorragias digestivas (menos frecuentes)</li> </ul>
<b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b>	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTECTOMIA PARCIAL

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CISTECTOMÍA PARCIAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE .....DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **CISTECTOMÍA PARCIAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO ..... FIRMA Y SELLO MÉDICO