

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA



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.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	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). En caso de tumores infiltrantes el tratamiento ha de completarse con otros tipos de cirugía mayor (Cistectomía), quimioterapia o radioterapia. La técnica consiste en la extirpación de pequeños fragmentos de tejido vesical mediante un aparato que introducimos por la uretra, denominado resector.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	La indicación fundamental de este procedimiento 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 biópsico tras tratamiento de tumores vesicales.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Otras alternativas son la cirugía abierta, la radioterapia y la quimioterapia, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la resección transuretral de vejiga.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Terminada la operación se coloca una sonda vesical por la que se realizan lavados de vejiga con suero hasta la desaparición del sangrado (24 y 48 hs). El postoperatorio normal es de 3 a 7 días tras lo cual se retirará la sonda vesical. Los primeros días es normal notar escozor o sangrado con las primeras micciones, que irán desapareciendo.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Continuará con los síntomas que dio origen a la consulta. Empeoramiento de los mismos y progresión de su enfermedad de base.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. <ul style="list-style-type: none">- No conseguir el cese de la hematuria- No poder eliminar la totalidad de la masa tumoral- Desarrollo de estenosis uretral que provoque una nueva enfermedad que requiera tratamientos posteriores.- Incontinencia urinaria que puede ser total y permanente; parcial y permanente; total y temporal; parcial y temporal- Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico como el postoperatorio- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio- Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable de líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Dicho síndrome puede variar desde leve intensidad (ceguera o visión borrosa transitoria, hipotensión) a gravedad máxima.- Tromboembolismo venosos profundos o pulmonares- Hemorragias digestivas
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	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

RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA

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 **RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA**

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 **RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA**

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