

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA

D/Dª ..... como paciente ( o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. nº .....

### DECLARO

Que el Dr./Dra ....., interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA, por padecer .....

**I.** Consiste en la *extirpación en pequeños fragmentos de tejido vesical* mediante un aparato que introducimos por la uretra, denominado resector.

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.

Esta intervención se complementa con una uretroscopia y, en ocasiones, con biopsias de mucosa vesical, biopsia transuretral de próstata, citología urinaria y exploración de vía urinarias superiores mediante ureteroscopia , citología y/o pielografía ascendentes.

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.

Esta intervención se realiza habitualmente bajo anestesia regional o raquídea tras lo cual puede necesitar pasar en Reanimación, habitualmente, un periodo corto de tiempo.

Terminada la operación se coloca una sonda vesical por la que se realizan lavados de la vejiga con suero hasta la desaparición del sangrado de duración variable según las características del tumor y del propio paciente.

El postoperatorio normal suele ser corto pero de duración variable según las características del tumor y la naturaleza de la técnica de resección, tras el cual se retirará la sonda vesical. Los primeros días es normal notar escozor o sangrado con las primeras micciones, que irán desapareciendo progresivamente.

**II.** DE DICHA INTERVENCION SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- A.** Cese de la hematuria (sangrado por la orina).
- B.** Eliminación de la masa tumoral.
- C.** Identificación o sospecha de implantaciones en próstata o vías superiores

DE DICHA INTERVENCIÓN ES POSIBLE PERO NO FRECUENTE ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

- A.** No conseguir el cese de la hematuria y necesitar una nueva resección transuretral o cirugía abierta.
- B.** No poder eliminar la totalidad de la masa tumoral.
- C.** Desarrollo de una ESTENOSIS URETRAL, que provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos posteriores.

- D.** Es poco frecuente que se presente una incontinencia urinaria que puede ser parcial completa y temporal y, en casos excepcionales total y permanente
- E.** Perforación vesical acompañada o no de perforación peritoneal y, de forma, infrecuente en víscera hueca durante el acto quirúrgico: recto o intestino. De suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente de otra intervención distinta que consistiría en una laparotomía (apertura del abdomen) *de consecuencias imprevisibles*, donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte.
- F.** Hemorragia de distinta intensidad que puede, aunque es poco frecuente, llegar a ser incoercible, *tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio*. Las consecuencias de dicha 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.
- G.** Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Dicho síndrome puede variar desde leve intensidad (amauresis transitoria, hipotensión) a gravedad máxima, donde no se puede descartar la posibilidad de muerte.
- H.** Cuadro de infección urinaria, que habitualmente es de leve o mediana intensidad pero, en ocasiones puede llegar a provocar una bacteriemia transitoria e incluso una sepsis con riesgo vital para el enfermo
- I.** Las exploraciones complementarias que, en ocasiones complementa la RTU pueden ocasionar, perforación de uréter, desinserción del mismo, estenosis secundaria, hemorragias de distinta intensidad, cuadros infecciosos comunes con la exploración vesical con riesgos similares, que pueden obligar a cateterización del/ los uréteres, nefrostomías percutáneas o reintervenciones posteriores en función de la gravedad y del éxito o no de las maniobras anteriores.

#### **IV. ALTERNATIVAS**

Cirugía abierta. Radioterapia. Quimioterapia.

#### **V. ANESTESIA**

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

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.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los anteriores extremos, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de

#### **RESECCION TRANSURETRAL DE VEJIGA**

En Valencia ..... de ..... de 201 .



Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

**REVOCACIÓN**

D/Dª ..... como paciente ( o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. e .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ....., que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

**DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

D/Dª ..... como paciente ( o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de



edad, con domicilio en ..... D.N.I.º

.....

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,

D.N.I.:

en caso de incapacidad)

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)