

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LESIONES VESICALES

Ciudad.....

Fecha...../...../20.....

Yo.....,

Hago saber que se me ha explicado que presento una lesión en mi vejiga, la que fue detectada por métodos radiológicos y biológicos, que la misma puede corresponder aun Pólipo vesical, siendo este un tumor benigno o maligno. Por tal motivo se me ha propuesto efectuar el procedimiento denominado Resección Transuretral de dicha lesión

- 1- He sido informado/a que el objetivo del procedimiento es eliminar una lesión de la mucosa vesical (generalmente un pólipo vesical), para su posterior estudio anatomopatológico ya que sólo el examen microscópico del tejido retirado entregará un diagnóstico exacto que permitirá establecer el tratamiento y seguimiento adecuado. La ausencia de diagnóstico preciso y de tratamiento le expone al riesgo de dejar evolucionar una lesión peligrosa, eventualmente cancerosa o susceptible de tornarse maligna.
- 2- Se me ha explicado en términos claros y sencillos que se trata de una cirugía que consiste en introducir un aparato (resector) por la uretra y se corta la lesión vesical en pequeños fragmentos o se obtienen las biopsias indicadas. Estos fragmentos se extraen y se envían para análisis. Al finalizar el procedimiento se le coloca una sonda vesical con lavado continuo para evitar la formación de coágulos. En la mayoría de los casos puede ser suficiente con esta cirugía en los tumores superficiales de vejiga con poca afectación de la pared vesical, pudiendo precisar quimioterapia Endo vesical posteriormente. En los tumores más graves (infiltrantes) puede ser necesario completar el tratamiento con una segunda resección endoscópica, la extirpación de la vejiga y/o quimioterapia y/o radioterapia.
- 3- Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista y que en mi caso se utilizará anestesia.....autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 4- Asimismo, informo que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 5- Se me ha explicado que no existen alternativas a este método para el diagnóstico y eventual tratamiento de la lesión vesical. En caso de no efectuar el mismo la ausencia de diagnóstico preciso y de tratamiento me expone al riesgo de dejar evolucionar una lesión peligrosa, eventualmente cancerosa o susceptible de tornarse maligna.
- 6- 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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento, por ejemplo: -Sangrado moderado por la orina que suele ceder espontáneamente en el postoperatorio. LOS MENOS

FRECUENTES (suelen ser los más graves) - 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 - Desarrollar estenosis/estrechez en la uretra que puede requerir tratamiento posterior. - Desarrollar estenosis/estrechez de meato ureteral (si la lesión asienta sobre el mismo) y que puede requerir una intervención posterior o precisar colocación de un catéter ureteral o percutáneo al riñón, en general bien tolerado, aunque a veces produzca dolor, sangrado o infección urinaria y rara vez infección generalizada. - No poder eliminar la totalidad de la masa tumoral, precisándose una segunda intervención. - Si la lesión asienta sobre la próstata esta puede ser reseca también, pudiendo presentar eyaculación retrograda e infertilidad. - Perforación de vísceras (vejiga, intestino, recto), esta complicación puede precisar otra cirugía con apertura del abdomen o punción y drenaje, con consecuencias potencialmente graves- Incontinencia transitoria de orina. Excepcionalmente Incontinencia permanente.

- 7- Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.
- 8- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención de este.
- 9- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.
- 11- Manifiesto ser alérgico a:
- 12- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 13- Habiendo recibido y comprendido todas las explicaciones previamente expuestas, alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, autorizo al/la **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar el procedimiento mencionado

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente deajo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Firma:.....

Aclaración:

Documento:

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: