

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA**.  
Los datos personales se recaban al final del documento

## **EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE**

Con esta intervención se pretende eliminar, con intención curativa o paliativa, la parte enferma de la vejiga, generalmente por un tumor, intentando evitar el crecimiento, desarrollo y extensión de dicho tumor y eliminando o disminuyendo el dolor, las alteraciones al orinar y complicaciones del tipo de hematurias (sangre en la orina), coágulos y obstrucción de la salida de la orina.

## **CÓMO SE REALIZA**

Mediante esta técnica quirúrgica se procede a la extirpación parcial de la vejiga. Esta intervención suele realizarse para tratar un tumor maligno, con intención curativa o paliativa. Esta técnica puede requerir, en ocasiones, realizar una reimplantación ureteral y puede acompañarse de una linfadenectomía pélvica uni o bilateral.

En algunos casos es necesario completar esta intervención con radioterapia y/o quimioterapia.

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

## **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

Al extirpar una parte de su vejiga hay que suturar (coser) la herida que queda en su vejiga y para evitar tensiones en esta sutura o fugas de orina (fístulas) es habitual colocar una sonda vesical y a veces catéteres internos (sobre todo si se realiza reimplante ureteral) o a través de la piel, para asegurar la salida de la orina. Así mismo es también habitual dejar un drenaje (tubo o cinta de plástico conectado a una bolsa).

El postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se irán retirando las sondas o drenajes cuando el médico lo considere oportuno según su evolución.

## **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

Le disminuirá el dolor, las alteraciones al orinar y las complicaciones del tipo de hematurias (sangre en la orina), coágulos y obstrucción de la salida de la orina. Se pretende con esta intervención la curación definitiva de su tumor o el control de su hemorragia.

## **OTRAS ALTERNATIVAS**

Otras alternativas son la resección transuretral, radioterapia o quimioterapia, pero en su caso consideramos que la mejor opción es la extirpación parcial de la vejiga.

En su caso: \_\_\_\_\_.

## **QUÉ RIESGOS TIENE**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

### ➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Problemas derivados de la herida quirúrgica: infección, apertura de los puntos de sutura, fístulas temporales o permanentes, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, que puede precisar reintervención para su extracción, aumento (hiperestésias) o disminución (hipoestésias) de la sensibilidad de la zona, y/o molestias dolorosas (neuralgias).
- Hematuria de intensidad variable en el postoperatorio.

### ➤ **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.

- No conseguir la extirpación del tumor de la vejiga y tener que recurrir a una cistectomía radical o a abstenerse de actuación quirúrgica o que persistan los síntomas previos total o parcialmente.
- 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.

# Consentimiento Informado *Cistectomía parcial*

- *Parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción o fístulas intestinales que pueden precisar una nueva intervención; peritonitis (infección de la cavidad abdominal) y pancreatitis que pueden llegar a ser especialmente graves y comprometer la vida.*
- *Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida*
- *Complicaciones específicas de la linfadenectomía: lesión del nervio obturador que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna; linfocele (acúmulo de linfa).*
- *Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles aunque se tomen medidas profilácticas.*
- *Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.*

*La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una nueva intervención, generalmente de urgencia, con un riesgo para su vida.*

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** \_\_\_\_\_

## **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA**

*Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.*

*Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.*

## **OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

---

---

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua,

# Consentimiento

## Informado *Cistectomía parcial*

aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **CISTECTOMIA PARCIAL**.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

### Denegación o Revocación

*D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.