

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

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

Este procedimiento consiste en la introducción en la vejiga urinaria de medicamentos de quimioterapia o de inmunoprolifaxis (instilaciones endovesicales). Sirve para prevenir la reaparición del tumor de vejiga.

## **CÓMO SE REALIZA**

Es un procedimiento de bajo riesgo y no necesita ser hospitalizado.

Se introduce una sonda vesical y a través de ella se introduce el líquido que suele ser suero salino en el que va diluido el producto seleccionado en su caso. Deberá retenerlo en la vejiga, cambiando la posición corporal, y después eliminarlo mediante una micción.

## **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

Puede producirle molestias al orinar en las primeras 24 horas (dolor, escozor, sensación de urgencia al orinar, orina con sangre) Son leves y ceden con analgésico y antibiótico.

## **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

Este tratamiento alarga el período de tiempo libre de tumores en su vejiga.

## **OTRAS ALTERNATIVAS**

No existen otras alternativas a este procedimiento.

## **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:**
  - Molestias al orinar.
  - Dolor en la parte baja del abdomen (suprapúbico).
  - Sangrado leve en la orina (hematuria leve).
  
- **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.
  - Intolerancia al producto.
  - Infección urinaria.
  - Fiebre (sobre todo con la BCG).
  - Anemia y/o leucopenia.
  - Elevación de transaminasas (con la BCG).
  - Tuberculosis pulmonar o de otra localización, como complicación de la BCG.
  - Microvejiga, como complicación grave con la BCG.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...), aunque algunas pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, con 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**

---

# Consentimiento

## Informado *Instilaciones endovesicales*

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, 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 **INSTILACIONES ENDOVESICALES**.

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

# Consentimiento Informado *Instilaciones endovesicales*

## 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.