

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

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

La resección transuretral de vejiga pretende eliminar la hematuria (sangrado por la orina) y la posible lesión tumoral existente, obteniendo tejido para confirmar el diagnóstico.

Es un procedimiento diagnóstico y de tratamiento para evaluar lesiones sospechosas de vejiga o realizar control mediante biopsias tras el tratamiento de un tumor vesical.

## **CÓMO SE REALIZA**

Se introduce 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 (poca afectación de la pared vesical), pudiendo precisar quimioterapia vesical posteriormente. En los tumores más graves (infiltrantes) puede ser necesario completar el tratamiento con la extirpación de la vejiga y/o quimioterapia y/o radioterapia.

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**

La recuperación después de esta intervención suele ser corta. Precisaré llevar una sonda vesical durante unos días. Una vez quitada la sonda, al orinar puede notar escozor o sangrado. Lo habitual es que desaparezcan al poco tiempo.

## **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

Esta cirugía pretende extirpar la lesión vesical y confirmar el diagnóstico de sospecha y además eliminar los síntomas derivados de su enfermedad, especialmente el sangrado por la orina.

## **OTRAS ALTERNATIVAS**

La quimioterapia, radioterapia, el láser y la cirugía abierta son otras alternativas en algunos pacientes. Pero en su caso la resección transuretral de lesión vesical es la mejor opción.

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:**

- Sangrado moderado por la orina que suele ceder espontáneamente en el postoperatorio.

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

- 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 puede ser reseçada 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-drenaje, con consecuencias potencialmente graves.
- Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida
- Síndrome de reabsorción del líquido de irrigación hacia la sangre (con hipotensión, pérdida de la visión transitoria...) y que se resuelve con tratamiento médico sin poder descartar la posibilidad de riesgo vital.

- *Incontinencia urinaria de intensidad variable que puede llegar a ser permanente.*
- *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.*

*Estas complicaciones se resuelven en general con tratamiento médico (medicamentos y sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo 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, 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,

# Consentimiento

## Informado *Resección transuretral de lesión vesical*

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LESIÓN VESICAL**.

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.