

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

INFORMACIÓN GENERAL

Mediante este procedimiento se pretende que no recidive el tumor primitivo, o que, en caso de recidiva aumente el tiempo libre de la enfermedad y no progrese el tumor de grado y por tanto que no se haga más maligno. Estadísticamente tiene entre un 40 a un 70% de posibilidades de recidivar en otros tumores iguales y de un 7 a un 20% de hacerse infiltrantes, o sea de aumentar de grado requiriendo un tratamiento más radical, incrementándose el riesgo cuando el tumor está asociado al hallazgo en biopsias aleatorias de carcinoma in situ. . El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO ENDOVESICAL

Es necesario administrar periódicamente, a través de un sondaje uretral hasta la vejiga una sustancia que puede ser quimioterápica-tioterapia, adriamicina (doxorubicina), cisplatino, mitomicina C, epirubicina, etc., o inmunoterapia-bacilo de Calmette-Guerin (BCG), etc.

También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo en función de los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE EL TRATAMIENTO ENDOVESICAL

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:

- *Sintomatología miccional: aumento de la frecuencia miccional, escozor, dolor vesical o uretral, dolor al realizar un coito o coitalgia e incluso algún episodio de hematuria.*
- *Lesiones cicatriciales a nivel de la uretra o de la vejiga bien debido al producto administrado o bien a infecciones uretrales o vesicales por los sondajes como estenosis de uretra, abscesos uretrales, vejiga pequeña e incluso perforación de la uretra o de la vejiga debido a los sondajes repetidos.*
- *Infección uretral prostática, renal o general produciendo fiebre alta u otras complicaciones a nivel de otros órganos (hígado, pulmón, corazón, etc.).*
- *Complicaciones alérgicas debidas al producto administrado (anafilaxia y shock).*
- *Disminución de las defensas del organismo produciéndose una disminución de los leucocitos y/o anemia.*
- *Diseminación tuberculosa debido a la administración del BCG.*

Estas complicaciones habitualmente se resulten con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

OTRAS ALTERNATIVAS

La única alternativa consistiría en no administrar ningún tratamiento y dejar el tumor a su evolución natural.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento Informado *Tratamiento endovesical*

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 riegos 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 **TRATAMIENTO ENDOVESICAL**.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO 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 *Tratamiento endovesical*

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, 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 _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO 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.