



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCOPICA

Nº Historia: .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCOPICA.

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la vejiga enferma y la desaparición de los síntomas derivados. El médico me ha explicado que la utilización de la laparoscopia persigue un menor dolor postoperatorio, una más rápida recuperación y menores lesiones cicatriciales. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
- 2.- El médico me ha explicado que el procedimiento es una cirugía importante que requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.
- 3.- Mediante esta técnica, en el hombre se extirpa totalmente la vejiga, la próstata y las vesículas seminales; y en la mujer habitualmente también el útero. Está indicada por la presencia de un tumor maligno y la intervención se realiza con intención curativa a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO2 en el peritoneo o en el retroperitoneo.
- 4.- El médico me ha advertido que una vez extraída la vejiga el cirujano tiene que optar entre, o bien derivar la orina a piel en cuyo caso llevaré un colector para recoger la orina, o me tendré que sondar, o bien derivar la orina a recto, orinando por éste, o bien reconstruir una vejiga con intestino, pudiendo entonces realizar la micción de forma natural a través de la uretra. Estas dos últimas opciones no siempre es posible realizarlas, dependiendo de las características del tumor y de mis condiciones anatómicas.  
Sé que el postoperatorio normal es prolongado y durante este tiempo se me irán retirando la alimentación por sueros y las sondas o drenajes cuando el médico considere oportuno.
- 5.- Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento como no conseguir la extirpación de la vejiga o que persista la sintomatología previa total o parcialmente; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise la práctica de reintervención con resultados imprevisibles que pueden llegar hasta la muerte, peritonitis –infección de la cavidad intestinal– con resultados imprevisibles que pueden llegar hasta la muerte, fístulas intestinales que pueden requerir una nueva intervención quirúrgica, llegando incluso a la sepsis y muerte, pancreatitis, hepatitis postquirúrgica); enfisema subcutáneo o paso del CO2 al tejido celular subcutáneo; problemas por la derivación urinaria como fístulas urinarias inmediatas o tardías que pueden requerir una nueva intervención quirúrgica o reparadora o practicar una nueva derivación, micción por recto u orificio abdominal, litiasis, hematurias e infecciones urinarias ascendentes que pueden oscilar desde muy leves hasta muy graves con pérdida total de la función renal, problemática de los estomas: estenosis, infecciones de la piel, dolores, irritaciones, defecto estético inherente al estoma, escapes de orina, estenosis de la unión uretero-intestinal que puede requerir intervenciones secundarias, problemas del segmento intestinal como: estenosis, litiasis, etc, incontinencia de diverso grado; trastornos metabólicos inherentes a la derivación (acidosis, déficit de B12, etc.); problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección en sus diversos grados de gravedad, dehiscencia de sutura –apertura de la herida– que puede necesitar una intervención secundaria, eventración intestinal –salida de asas intestinales a través de la herida– que puede necesitar de una intervención secundaria, fístulas permanentes o temporales y defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales; intolerancias a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos–, hiperestesias –aumento de la sensibilidad– o hipoestesias –disminución de la sensibilidad–; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias



digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas, cuya gravedad depende de su intensidad; problemas derivados de la linfadenectomía, aunque dentro del mismo acto quirúrgico (lesiones vasculares severas –arterias ilíacas, hipogástricas–, lesiones venosas que pueden dar lugar a hemorragias importantes, sección del nervio obturador que puede producir dolor, pérdida de sensibilidad y de movilidad de la pierna, linfocele con posibilidad de sobreinfección) y disfunción eréctil que puede ser definitiva y precisar posterior tratamiento.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- 6.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....  
..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....  
.....

El médico me ha explicado que también sería posible proceder a una resección transuretral, a la radioterapia o a la quimioterapia, que suelen ser un complemento a la cistectomía, pero que en mi situación actual la alternativa más aconsejable es la cistectomía laparoscópica.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice tratamiento quirúrgico de CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCOPICA.

En....., a .....

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)                      (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado