

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
INSTILACIONES VESICALES CON BCG**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La **Instilación Vesical Con BCG** es un procedimiento que consiste en colocar dentro de la vejiga Bacilos de Calmette y Guérin vivos (BCG o vacuna de la tuberculosis), a través de una sonda que se introduce por la uretra. Este procedimiento se realiza en una o varias oportunidades y la cantidad y frecuencia le serán precisadas por su urólogo.

El tratamiento debe comenzar como mínimo quince días después de la resección endoscópica del tumor, cuando ya no exista hemorragia y después de verificar la ausencia de infección urinaria. Se realiza en forma ambulatoria y podría ser realizado con anestesia local (gel anestésico en uretra, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella) que minimiza las molestias.

El uso de instilaciones vesicales de BCG es un tratamiento complementario a la cirugía de cáncer vesical y sirve para disminuir la probabilidad de reaparición del cáncer de vejiga.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Es un procedimiento de bajo riesgo y no necesita ser hospitalizado. Se introduce una sonda en la vejiga y a través de ella se introduce la cantidad de BCG indicada por su médico. Deberá retener el líquido en la vejiga, cambiando la posición corporal, y después eliminarlo mediante una micción luego de 1 a 2 horas de instilado, según se le indique.

La instilación vesical de BCG podría producir molestias al orinar en las primeras 24 horas (dolor, escozor, sensación de urgencia al orinar, orina con sangre). Estas molestias por lo general son leves y ceden con analgésicos.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias,

insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Frecuentes:

- Molestias al orinar.
- Dolor en la parte baja del abdomen (suprapúbico).
- Sangrado leve en la orina (hematuria leve)

Graves y Menos Frecuentes:

- Intolerancia al producto.
- Infección urinaria.
- Fiebre.
- Anemia.
- Elevación de transaminasas.
- Tuberculosis pulmonar o de otra localización. Micro vejiga.

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

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Como alternativa al uso de BCG intravesical pueden ser utilizados otros productos (Mitomicina C, Doxorrubicina, etc), mejor tolerados, pero menos eficaces.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre las **Instilaciones Vesicales con BCG** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LAS INSTILACIONES VESICALES CON BCG, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)