



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA

D/D^a como paciente (o representante del paciente D/D^a), de años de edad, con domicilio en D.N.I.º

DECLARO

Que el Dr./Dra, interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA, por padecer

I. La resección transuretral es una intervención que *consiste en la extirpación de parte de la próstata*, que por su crecimiento obstruye el cuello de la vejiga y dificulta o impide la micción. Esta intervención se practica en casos de *crecimientos benigno de la próstata, adenoma, o de crecimiento maligno, carcinoma* y menos frecuentemente por otras enfermedades de la próstata.

Se realiza habitualmente bajo anestesia regional y consiste en la introducción por uretra de un instrumento, el resector, con el cual se corta la próstata en pequeños fragmentos. En esta operación es normal la pérdida moderada de sangre, pudiendo ser necesaria una transfusión (en un !5% de los casos) dependiendo de las características del paciente y de la próstata.

Terminada la intervención, el paciente puede quedar un promedio de 6 a 12 horas en Reanimación. El postoperatorio normal es de 4 a 7 días durante los cuales llevará sonda. Una vez retirada ésta, comenzará a realizar micciones normales, inicialmente con pequeños trastornos (escozor, imperiosidad, pérdidas de orina, etc.) que irán desapareciendo.

II. DE DICHA INTERVENCIÓN SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- A.** Mejora de la calidad miccional.
- B.** Supresión de la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.

III. DE DICHA INTERVENCIÓN ES POSIBLE PERO **NO FRECUENTE** ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

- A.** No conseguir mejora de la calidad miccional.
- B.** No poder retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.
- C.** Desarrollo de una *estenosis uretral* que provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos posteriores.
- D.** Incontinencia urinaria que puede ser: Parcial y temporal; parcial y permanente; total y temporal; total y permanente.
- E.** Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico: recto; intestino; vejiga. De suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente de otra intervención distinta que consiste en una laparotomía (apertura del abdomen) o drenaje percutáneo en caso de perforación vesical, de consecuencias imprevisibles, donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte.
- F.** Hemorragia de diversa intensidad pudiendo llegar, aunque no infrecuente, a incoercible, tanto *durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio*. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser 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.



G. Síndrome de Reabsorción Líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Dicho síndrome puede variar desde leve intensidad (amaurosis transitoria, hipotensión,...) a gravedad máxima, donde no se puede descartar la posibilidad de muerte.

H. Eyaculación retrógrada con probable esterilidad.

IV. ALTERNATIVAS

Adenomectomía prostática abierta. Tratamiento médico. Catéter permanente.

V. ANESTESIA

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

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.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los extremos anteriores, doy, libremente, mi **CONSENTIMIENTO**, al tratamiento de una **RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA**

En Valencia, de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante, D.N.I.:

en caso de incapacidad)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)



REVOCACIÓN

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I.º

Revoco el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante, D.N.I.:
en caso de incapacidad)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I.º

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante, D.N.I.:
en caso de incapacidad)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)