

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO	El procedimiento consiste en la introducción por uretra de un instrumento, el resector, con el cual se corta la próstata en pequeños fragmentos. En esta operación en normal la pérdida moderada de sangre.
OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN	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. Se practica para casos de crecimiento benigno de la próstata, adenoma, o para crecimiento maligno, carcinoma y menos frecuentemente para otras enfermedades de la próstata.
ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO	Otras alternativas son la adenectomía prostática abierta, el tratamiento médico y el catéter permanente, pero en su caso la mejor alternativa es la resección transuretral de próstata.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN	Se extirpará la parte de la próstata enferma. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. 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 pequeñas molestias (escozor, imperiosidad) que irán desapareciendo.
CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO	Continuar con los síntomas y posiblemente necesidad de catéter urinario permanente. Además puede avanzar la enfermedad de base.
RIESGOS FRECUENTES	A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables: - No conseguir mejora de la calidad miccional / - No poder retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella. / - Desarrollo de estenosis uretral que provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos quirúrgicos posteriores. / - Incontinencia urinaria, que puede ser: total y permanente; parcial y permanente; total y temporal; parcial y temporal / - Perforación de víscera hueca durante el acto quirúrgico: recto, intestino, vejiga. De suceder necesitará una nueva exploración quirúrgica, de consecuencias y riesgos imprevisibles, que incluye, aunque remotamente la posibilidad de muerte. / - Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio / - Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase del líquido de irrigación al torrente sanguíneo. / - Eyaculación retrógrada con posibilidad de esterilidad / - Tromboembolismos venosos profundos y pulmonares / - Hemorragias digestivas / - Esta cirugía no elimina el riesgo de desarrollo futuro de un cáncer en el tejido que no se extirpa.
RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo.....DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA**

EN, A LOS DÍAS DEDEL

.....
FIRMA PACIENTE
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE AÑOS DE EDAD, DNI
EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA**

EN, A LOS DÍAS DEDEL

.....
FIRMA APODERADO
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE
Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO
FIRMA Y SELLO MÉDICO