

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA ABIERTA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta intervención consiste en extirpar una parte de la próstata, que obstruye el cuello de la vejiga, dificultando o impidiendo orinar. En la intervención se extrae solo una parte y no toda la próstata.

Se suele realizar bajo anestesia general o locorregional, a través de un corte en el abdomen por encima del pubis. Durante la intervención se pierde con frecuencia sangre que es necesario reponer con transfusión. Hay que poner una sonda vesical y un tubo de drenaje para eliminar sangre u otros líquidos que se pudieran acumular en esta zona y que serán retirados en el postoperatorio. Después de la intervención pasará al Servicio de Reanimación. Durante unos días llevará sonda vesical y al retirarla, comenzará a orinar de forma natural. Al principio con pequeñas molestias (escozor, urgencia en la micción, etc.), que desaparecen en pocos días.

La finalidad es extraer la parte de la próstata que provoca la obstrucción al orinar, mejorar la calidad de micción y en el caso posible, retirar la sonda vesical.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- No mejorar la dificultad para orinar.
- No poder retirar la sonda vesical permanente si es portador de ella.
- Desarrollo de una estenosis (estrechamiento) uretral, que provoque una nueva enfermedad que necesite otros tratamientos.
- Incontinencia de orina que puede ir desde parcial y temporal hasta total y permanente.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Dehiscencia (apertura) de la herida, que puede necesitar una segunda intervención.
- Hernia intestinal (salida de las asas del intestino), que puede necesitar otra operación.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrices.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Eyaculación retrógrada (el semen sale a la vejiga), con probable esterilidad.

Riesgos menos frecuentes y más graves

- Impotencia de forma excepcional.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Hemorragias digestivas.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Resección transuretral (extracción a través de la uretra).
- Tratamiento médico.
- Colocación de sonda.
- Implantación de prótesis.
- Tratamiento con láser.

AUTORIZACIÓN PARA “ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA ABIERTA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: