

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENUCLEACIÓN O VAPORIZACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Esta operación se realiza en casos de crecimiento de la próstata, para eliminar el tejido prostático que por su tamaño, obstruye el cuello de la vejiga y dificulta o impide la micción (orinar).

La técnica de vaporización se utiliza para los casos en que el volumen de la próstata no es muy grande. Consiste en introducir por la uretra, un instrumento mediante el cual se elimina el tejido prostático que provoca la obstrucción.

La técnica de enucleación se realiza cuando el volumen de la próstata es muy grande (suele ser por un adenoma de próstata). Consiste en introducir por la uretra un instrumento que permite cortar en fragmentos el tejido prostático, y utilizar una fibra de láser para extraerlos.

El procedimiento se realiza de forma habitual con anestesia regional.

Durante unos días llevará sonda vesical y al retirarla, comenzará a orinar de forma natural. Al principio con pequeños trastornos (escozor, urgencia en la micción, etc.), que desaparecen en pocos días.

La finalidad es facilitar el vaciado de la vejiga y evitar las complicaciones (infección, cálculos y deterioro de la función renal), que la obstrucción crónica de las vías urinarias puede llegar a producir. Esta intervención también persigue la supresión de la sonda vesical permanente, si la lleva.

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:

- Eyaculación retrógrada (el semen sale a la vejiga).
- Irritación al orinar.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Incontinencia leve de orina, aunque en determinadas ocasiones puede ser más intensa y de larga duración.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Hemorragias digestivas.
- Perforación del recto o de la vejiga durante la cirugía.
- 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:

- Cirugía abierta.
- Resección transuretral de próstata (extracción a través de la uretra).
- Implantación de prótesis.
- Tratamiento médico.
- Colocación de sonda.

AUTORIZACIÓN PARA “ENUCLEACIÓN O VAPORIZACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER”

Yo, D./Dª _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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 _____

Firma del representante legal:	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 representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: