

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN TRANSURETRAL (RTU) DE PRÓSTATA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

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 (orinar). Esta intervención se practica en casos de crecimiento benigno de la próstata (adenoma) o de crecimiento maligno (carcinoma).

Para realizar la operación se introduce por la uretra un instrumento (el resector), con el que se corta el tejido de la próstata que bloquea el flujo de orina.

La intervención se realiza de forma habitual con anestesia regional.

Durante algunos días del postoperatorio tendrá que llevar una 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 eliminar el tejido prostático para facilitar el vaciado de la vejiga y evitar las complicaciones (infección, cálculos y el deterioro de la función renal), que la obstrucción crónica de las vías urinarias puede llegar a producir. Con esta intervención también se 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:

- Sangrado por la orina.
- Eyaculación retrógrada (el semen sale a la vejiga), con probable esterilidad.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados
- Perforación del recto o de la vejiga durante la cirugía.
- Incontinencia de orina leve, aunque en determinadas ocasiones puede ser más intensa y de larga duración.
- La disfunción eréctil (dificultad para lograr o mantener la erección).
- Infección.
- No mejorar la calidad de micción (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.
- Molestias al orinar.
- Síndrome de reabsorción de líquidos (paso del líquido a la sangre).
- 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:

- Cirugía abierta.
- Enucleación con láser.
- Vaporización con láser.
- Implantación de prótesis.
- Tratamiento médico.
- Colocación de sonda.

AUTORIZACIÓN PARA “RESECCIÓN TRANSURETRAL (RTU) DE PRÓSTATA”

Yo, D./D^a _____, 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.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

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:

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: