



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA ABIERTA

Nº Historia:

D.: de años de edad,

Con domicilio en y DNI Nº

D./dña.: de años de edad,

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña:, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a practicar una ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA ABIERTA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende mejorar la calidad miccional y suprimir la sonda vesical permanente (si fuese portador de ella).

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- Mediante esta técnica se extirpa el adenoma de próstata, que es un tumor benigno que crece en la próstata y obstruye el cuello de la vejiga dificultando o impidiendo la micción. En la intervención se extrae el adenoma y no toda la próstata. La intervención se practica a través de una incisión en el abdomen por encima del pubis.

Sé que después de la intervención estaré con sueros durante 1 a 2 días y que el postoperatorio normal es de una semana. Durante unos días llevaré sonda vesical y, una vez retirada ésta, comenzaré a realizar la micción de forma natural, inicialmente con pequeños trastornos como escozor, imperiosidad, etc. que suelen desaparecer a los pocos días.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento: así, puede ocurrir que no se consiga la mejora de la calidad miccional o que no se pueda retirar la sonda vesical permanente, y pueden aparecer, con mayor o menor frecuencia, complicaciones como el desarrollo de una estenosis uretral, incontinencia urinaria que puede ir desde parcial y temporal hasta total y permanente, hemorragia incoercible tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados, problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica (infección en sus diferentes grados de gravedad, dehiscencia de sutura (apertura de la herida) eventración intestinal, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, eyaculación retrógrada con probable esterilidad, excepcionalmente impotencia, tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero inevitables aunque se tomen medidas profilácticas.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.



También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como

6.- El médico me ha explicado que las alternativas son la colocación de una sonda, la resección uretral, el tratamiento médico, la implantación de una prótesis y el tratamiento con láser, pero que en mi caso la solución más correcta es la adenomectomía o prostatectomía abierta.

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.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSENTO

Que se me realice ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA abierta.

En, a

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado