

Consentimiento informado para fotovaporización prostática mediante laser XPS

El paciente D. _____ con D.N.I.
_____ o en su representación D./Dña. _____
_____ con D.N.I. _____ manifiesto que he sido
informado/a por el Dr/a _____ de los siguientes
aspectos:

Procedimiento:

Con este procedimiento se pretende la mejora de la calidad miccional y la supresión de la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.

Mediante esta técnica se vaporiza el tejido, que por su crecimiento obstruye el cuello de la vejiga y dificulta o impide la micción. Esta intervención se practica en casos de crecimiento benigno de la próstata, adenoma, y consiste en la introducción por uretra de un instrumento o cistoscopio, a través del cual pasa una fibra láser para vaporizar el tejido. Se realiza bajo anestesia regional de cuyos riesgos será informado en el Servicio de Anestesiología.

El postoperatorio normal es de 24-48 horas. La mayoría de los pacientes son dados de alta sin sonda uretral, aunque en algunos casos, dependiendo de las características del paciente o de la próstata, deberá llevarse sonda vesical durante algunos días. Una vez retirada ésta, comenzará a realizar micciones normales, inicialmente con pequeños trastornos (escozor, imperiosidad) que irán desapareciendo.

En algunas ocasiones durante la operación surgen situaciones inesperadas que pueden hacer variar el procedimiento quirúrgico previsto, como en el caso de fallo o avería del generador láser, rotura de fibra u otras circunstancias técnicas en las que la fotovaporización podría ser reconvertida a RTU de próstata convencional. Esta modificación sólo se realizará si es beneficiosa para mí

Alternativas:

El médico me ha explicado que otras alternativas son la adenomectomía prostática abierta, la resección transuretral de la próstata, el tratamiento médico y el catéter permanente, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la Fotovaporización Prostática Mediante Láser

Riesgos:

Los riesgos y complicaciones más relevantes que pueden presentarse son:

a).- Riesgos generales de cualquier intervención: infección o hemorragia de la herida quirúrgica, defectos en la cicatrización, apertura de la herida, flebitis, dolor prolongado en la zona intervenida, infección o hemorragia interna, trombosis, embolias.

b).- Riesgos específicos

No conseguir mejora de la calidad miccional, no poder retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella; desarrollo de una estenosis uretral que provoque una nueva enfermedad que requerirá tratamientos posteriores; incontinencia urinaria; perforación de víscera hueca durante la intervención y que de suceder esta complicación sería necesaria la práctica urgente de una laparotomía, o de una punción-drenaje. Esta cirugía no elimina el riesgo de desarrollo futuro de un cáncer en el tejido que no se extirpa. 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.

c).- Otros riesgos, complicaciones o secuelas que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, valores, etc.) son:

Obtención de Imágenes y Publicaciones:

Con el fin de tener recogido el caso clínico completo y poder valorar los resultados obtenidos, suelen realizarse fotografías antes y después de la cirugía, así como durante la misma. Además, y en algunos casos, debido al interés científico que puede tener cierta patología, suelen publicarse en determinados medios especializados imágenes o datos de algunos pacientes, guardando siempre el adecuado anonimato (empleo de iniciales, difuminación de los ojos en las imágenes faciales u otros procedimientos que impidan la identificación). Estas publicaciones siempre tendrán un objetivo exclusivamente científico y destinado a círculos profesionales sanitarios.

Si **NO** desea que se utilicen sus datos o imágenes con esos fines, marque este recuadro

Antes de firmar este consentimiento, si desea que le facilitemos más información o tiene alguna duda, no tenga reparos en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO haber recibido información verbal clara y sencilla sobre el procedimiento que se me va a realizar y además he leído este escrito. Asimismo, todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado sobre la operación, para qué sirve, cómo se hace, los riesgos que tiene y las posibles alternativas, así como que no existen garantías sobre el resultado final satisfactorio de la cirugía. Por ello, libremente, doy mi **CONSENTIMIENTO** a los profesionales adecuados que se precisen, para que se me (le) realice la intervención descrita.

PUEDO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO CUANDO LO DESEE.

Se me proporcionará una COPIA de este documento si lo solicito.

Observaciones del paciente: _____

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal,
familiar o allegado

REVOCACIÓN

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

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado: _____

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: Representante legal,
familiar o allegado