

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PROSTATA O VEJIGA

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al/la Dr./Dra. _____ y a su equipo quirúrgico a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.
- 2) Se me ha informado que la próstata es una glándula formada por dos lóbulos laterales y un lóbulo medio, que forma parte del aparato reproductor masculino. Su principal función es la de producir líquido prostático durante la eyaculación. Este líquido nutre y protege el espermatozoides durante el acto sexual y constituye el principal componente del semen. El crecimiento de la próstata por causas benignas o malignas trae aparejada alteración en la micción. La resección prostática transuretral es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del lóbulo de la próstata que por su crecimiento benigno o maligno obstruye el cuello de la vejiga y dificulta o impide la micción.
- 3) Se me ha explicado que la vejiga es un órgano hueco músculo-membranoso que forma parte del tracto urinario y que recibe la orina del uréter, la almacena y la expulsa a través de la uretra al exterior del cuerpo durante la micción. La resección transuretral de vejiga tiene como finalidad el diagnóstico anatomopatológico de lesiones intravesicales sospechosas de malignidad mediante la toma de biopsia o la extirpación completa de la misma. Se me ha explicado que, en los casos de tumores infiltrantes, el tratamiento seguramente deberá ser completado con otro tipo de cirugía mayor y/ o quimioterapia y/ o radioterapia.
- 4) El procedimiento quirúrgico consiste en la extirpación de pequeños fragmentos de tejido vesical o prostático mediante un resector que se introduce por la uretra. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha aclarado que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:
 - a) **Riesgos inherentes al procedimiento:** Estenosis uretral que requiera de tratamientos ulteriores. Incontinencia urinaria que puede ser: total y permanente; parcial y permanente; total y temporal; parcial y temporal. Perforación de víscera hueca (recto, intestino y vejiga). Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Síndrome de reabsorción líquida, debido al trasvase inevitable del líquido de irrigación al torrente sanguíneo, que se manifiesta entre otros síntomas con ceguera o visión borrosa transitoria, hipotensión, etc.). Eyaculación retrógrada con riesgo de esterilidad. Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar.
 - b) **Riesgos propios de la Resección Transuretral de Próstata:** Ausencia de mejoría en la calidad miccional. Imposibilidad de retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.
 - c) **Riesgos propios de la resección transuretral de vejiga:** Continuidad de la hematuria. Imposibilidad de eliminar la totalidad de la masa tumoral.

- 5) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
- 6) Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento riesgo de padecer en corto plazo un cuadro de retención aguda de orina, infecciones urinarias a repetición, hematuria persistente y demora en el diagnóstico de patología tumoral con pérdida de chance curación.
- 7) Se me ha explicado que como alternativa terapéutica a la resección transuretral de próstata, se puede realizar una adenomectomía prostática a cielo abierto (es decir mediante una incisión abdominal), la cual conlleva mayores riesgos y un tiempo de recuperación postoperatorio más prolongado.
- 8) Se me ha informado que no existe un procedimiento alternativo a la resección transuretral de vejiga, que permita el diagnóstico anatomopatológico de mi enfermedad.
- 9) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.
- 10) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 11) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 12) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 13) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva de mi identidad.
- 14) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____