

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

La resección transuretral consiste en la extirpación de parte de la próstata. Se practica cuando existe un crecimiento benigno o un crecimiento maligno de la próstata que obstruye la región de salida de la vejiga y dificulta o impide orinar. Se pretende facilitar el vaciado de la vejiga y evitar las complicaciones (infecciones, litiasis, deterioro de la función renal,...) que la obstrucción crónica puede llegar a producir. Si se es portador de sonda permanente se pretende que sea posible su retirada.

CÓMO SE REALIZA

Se introduce a través de la uretra un dispositivo (resector) y se procede a resecar –cortar y extraer fragmentos del tejido prostático hasta conseguir desobstruir el flujo urinario.

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto. Llevará sonda en la vejiga que podrá ser mantenida tras su alta hospitalaria. Una vez retirada la sonda realizará micciones con pequeños trastornos (escozor, imperiosidad) que irán desapareciendo.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Pretende curar o paliar la patología que usted sufre, permitiendo el adecuado vaciado de la vejiga urinaria.

OTRAS ALTERNATIVAS

Adenomectomía abierta dependiendo del volumen de la próstata.

- Tratamiento médico.
- Sonda permanente.
- Prótesis dentro de la próstata (intraprostática).

Pero en su caso, consideramos que la extirpación de parte de la próstata (RTU de próstata) es la mejor opción.

En su caso: _____

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Eyacuación retrógrada (el eyaculado va a la vejiga no al exterior) con probable infertilidad.
- Sangrado moderado por la orina que suele cesar espontáneamente en el postoperatorio.

➤ **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.

- Sintomatología miccional irritativa persistente tras la intervención (aumento de la frecuencia y urgencia de la orina).
- Estrechez de la uretra o del cuello de la vesícula que requiere tratamiento posterior, incluso reintervención.
- Incontinencia urinaria en sus diferentes grados, que puede ser permanente, por lesión del mecanismo esfinteriano distal.
- Disfunción eréctil.
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
- Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad. Puede oscilar desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida. Puede precisar la utilización de sangre y hemoderivados.
- Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, y conllevar riesgo para su vida.
- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad.

- *Perforación de víscera durante el acto quirúrgico (recto, intestino, vejiga), que puede obligar a reintervención.*
- *Síndrome de reabsorción líquida por el trasvase de líquido de irrigación al torrente sanguíneo. Su gravedad es variable, pero no se puede descartar la posibilidad de riesgo vital.*

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, que puede conllevar un riesgo para su vida.

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** _____.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA.**

Consentimiento

Informado *Resección transuretral de próstata*

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.

Firma médico e interesado/s en todas las páginas