

**CONSENTIMIENTO PARA RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA O VEJIGA.**

Ciudad y fecha: ...../...../20\_\_\_\_\_

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de..... luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento, por la presente autorizo al **Dr./a.....** y a su equipo quirúrgico, a realizar una cirugía conocida como..... que se realizará en .....
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 aparejado 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 explicitado que la vejiga es un órgano hueco músculo-membranoso que forma parte del tracto urinario y que recibe la orina de los uréteres, 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.
5. 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. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - 5.1. 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:**
      - i. Estenosis uretral que requiera de tratamientos ulteriores.
      - ii. Incontinencia urinaria que puede ser: total y permanente; parcial y permanente; total y temporal; parcial y temporal.
      - iii. Perforación de víscera hueca (recto, intestino y vejiga).
      - iv. Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
      - v. 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).
      - vi. Eyaculación retrógrada con riesgo de esterilidad.
      - vii. Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar.
    - b. **Riesgos propios de la Resección Transuretral de Próstata:**
      - i. Ausencia de mejoría en la calidad miccional.
      - ii. Imposibilidad de retirar la sonda vesical permanente si fuese portador de ella.
    - c. **Riesgos propios de la resección transuretral de vejiga:**
      - i. Continuidad de la hematuria.
      - ii. Imposibilidad de eliminar la totalidad de la masa tumoral.

---

**Firma del paciente o representantes**

6. 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, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
7. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésista, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones del procedimiento anestésico.
8. 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 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (marcar "Sí o 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.
9. 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.
10. 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.
11. Se me ha informado que no existe un procedimiento alternativo a la resección transuretral de vejiga, que permita el diagnóstico anatomopatológico de mi enfermedad.
12. 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 en su totalidad.
13. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
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. Manifiesto ser alérgico a:.....-
15. 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 de la salud, 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 acerca de mi identidad.
16. 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.

17. He leído este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**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 al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....