

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENUCLEACION PROSTATICA CON LASER

Ciudad.....

Fecha...../...../20.....

Yo.....,

Hago saber que se me ha explicado que presento un adenoma de próstata, que es un tumor benigno/Hiperplasia que crece en la próstata y obstruye el cuello de la vejiga, dificultando o impidiendo la micción. Por tal motivo se me ha propuesto efectuar EL Procedimiento denominado Enucleación Prostática con Laser (HOLEP)

- 1- He sido informado que mediante este procedimiento se pretende una desobstrucción de la uretra prostática, recuperando la normalidad de la micción.
- 2- El tratamiento me fue explicado por el médico. Se trata de un procedimiento quirúrgico que no necesita incisiones y se efectúa bajo anestesia, en el cual se colocará dentro de mi uretra un aparato destinado a identificar y liberar, usando energía láser, el adenoma de próstata que genera la obstrucción. Luego se procederá a la extracción, previa fragmentación dentro de la vejiga, del tejido prostático obstructivo, conservando la cápsula prostática. Luego de la cirugía, al tener relaciones sexuales, existirá una disminución del volumen o ausencia de semen expulsado. Se debe mantener un chequeo prostático al menos una vez al año, pues al conservar la cápsula de la próstata el riesgo de presentar Cáncer prostático se mantiene igual que en un paciente que no ha sido sometido a este procedimiento. Durante el post-operatorio permaneceré algunos días con una sonda vesical.
- 3- Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista y que en mi caso se utilizará anestesia.....autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 4- Asimismo, informo que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.
- 5- Existen diferente alternativa a la ENUCLEACION PROSTATICA CON LASER, como la Adenomectomía abierta, la resección trans ureteral de próstata, el tratamiento farmacológico, la vaporización prostática, etc. Para mi caso particular la Enucleación con Laser se me ha recomendado como el método más conveniente.
- 6- Se me ha informado que este procedimiento al igual que toda cirugía puede ocasionar efectos adversos y complicaciones. Las mismas, son las propias de toda cirugía, y aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación a modo de ejemplo las siguientes: Requerir lavado de la sonda vesical o eventualmente su reemplazo. Obstrucción de la sonda vesical o uretra por coágulos o fragmentos prostáticos en el post operatorio inmediato y posterior al alta (aproximadamente 5% de los casos). En ciertos casos podría indicarse la hospitalización. ♣ Perforación de la vejiga que podrá solucionarse con instalación de sonda por más tiempo que el programado o con cirugía abierta (menor a 2%). ♣ Dificultad para controlar la micción de tipo transitoria asociada a urgencia miccional o a esfuerzos físicos (incontinencia urinaria). Habitualmente cede espontáneamente luego de días o semanas, pudiendo requerir tratamiento con medicamentos o terapia kinésica. La pérdida permanente de orina puede ocurrir con escasa frecuencia. ♣ Aumento de la frecuencia y ardor para orinar, que puede durar días o semanas. ♣ Infección urinaria después del procedimiento que puede ser

leve o severa, incluso sepsis. ♣ Posibilidad de embolia pulmonar (coágulos de sangre originados en las venas de extremidades inferiores). ♣ Estrechamientos de la uretra requiriendo dilataciones, cirugías o futuros procedimientos. ♣ Posibilidad de necesitar repetir el tratamiento a futuro y otras complicaciones. ♣ El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad, muy infrecuente en este tipo de procedimiento.

- 7- Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.
- 8- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención de este.
- 9- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10- Doy fe de 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.
- 11- Manifiesto ser alérgico/a a: .....
- 12- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 13- Habiendo recibido y comprendido todas las explicaciones previamente expuestas, alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto, autorizo al/la **Dr./a**....., y a su equipo, a realizar el procedimiento mencionado.

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

**Documento:** .....

**Aclaración:** .....

**Firma del Médico:** .....

**Aclaración/ Sello:** .....

**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.

**Firma:** .....

**Aclaración:** .....

**Documento:** .....

**Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:** .....

