

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**Tipo de intervención: FOTOVAPORIZACIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA (FVP)
MEDIANTE LASER THULIO****El paciente:**

Don/Dña			
D.N.I		de	años de edad
Domicilio en	C/	nº	código postal

Declaro:

Que el Doctor GIMENEZ ARTIEDA , Urólogo, Colegiado en Madrid nº: 24292 me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación al procedimiento de FVP _____

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende la **mejora de la calidad miccional** y la supresión de la sonda vesical permanente, si fuese portador de ella, siempre que la capacidad contráctil de mi vejiga lo permita.-
- 2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible, **aunque muy raro**, que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.-
- 3.- Mediante esta técnica se **vaporiza** el tejido prostático, que por su crecimiento obstruye el cuello de la vejiga y dificulta o impide la micción. El médico me ha explicado que esta intervención se practica en casos de crecimiento benigno de la próstata, adenoma, o de crecimiento maligno, carcinoma y menos frecuentemente por otras enfermedades de la próstata.-

Sé que la intervención se realiza habitualmente bajo anestesia regional y consiste en la introducción por uretra de un instrumento, cistoscopio, con la fibra láser, con la cual se vaporiza el tejido prostático a la vez que se fotocoagulan la mayoría de los vasos sanguíneos, por lo que generalmente la pérdida de sangre es mínima, si bien en el 3-5% de los casos puede existir sangrados de intensidad variable que suelen resolverse con métodos conservadores, siendo **poco frecuente** tener que recurrir a la transfusión de sangre o hemoderivados.-Ocasionalmente se puede utilizar el asa de resección para mejorar el resultado del láser.-

.En casos de **adenomas de gran volumen** se puede producir un sangrado moderado o severo **puediendo precisarse**, en este último caso, **apertura quirúrgica** para su control.-

El médico me ha dicho que el postoperatorio normal es de 12 a 24 horas durante las cuales puedo llevar sonda, **en algunos casos** la sonda puede y debe mantenerse durante **varios días** más.-

- 4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, como otros específicos del procedimiento como 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 requeriría tratamientos posteriores; incontinencia urinaria, generalmente transitoria, y más raro aún perforación de víscera hueca, que de suceder precisaría la práctica urgente de otra intervención, para resolver la complicación, de carácter endoscópico o cirugía abierta.-

La **eyaculación retrógrada** es muy frecuente, pero no afecta a mi salud general.-

Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares, cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.-

Esta cirugía no elimina el riesgo de desarrollo futuro de un cáncer en el tejido residual.-

El médico me ha explicado que 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.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones.-

- 5.- El médico me ha explicado que otras alternativas son la adenomectomía prostática abierta, el tratamiento médico permanente y paliativo y el catéter (sonda) permanente, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es el abordaje transuretral para realizar RTU o Vaporización con Láser, **eligiendo yo libremente la técnica de Vaporización con Láser de Thulium.**-

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.-

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.-

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.-

Y, en tales condiciones:

CONSIENTO que se me realice FVP con laser THULIUM

En **MADRID** a de de **2.012**

Fdo: El Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El representante legal, familiar o allegado

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the header. It is intended for a signature or stamp.