

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Prostatectomía Radical

FL-CDM-119

Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la próstata enferma y la desaparición de los síntomas derivados, de esta enfermedad, con intencionalidad curativa a largo plazo. Está indicado por la presencia de un tumor maligno y la intervención se realiza con intención curativa.

EN QUE CONSISTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL

La extirpación total de la próstata se practica habitualmente a través de una incisión abdominal, por encima de pubis y excepcionalmente a través de una incisión perineal, por detrás de los testículos.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado o no realizarla, porque la enfermedad está más avanzada de lo provisto o por dificultades técnicas. En este caso seguirá tratamiento hormonal o radioterapia que es una forma muy efectiva de controlar el crecimiento y la evolución del tumor maligno de la próstata. Tendrá que llevar sonda por un período amplio, aunque puede hacerse de forma ambulatoria.

RIESGOS DE LA PROSTATECTOMIA RADICAL

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 y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la extirpación de la próstata.
- Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente. Hemorragia, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen: parálisis intestinal pasajera o persistente; obstrucción intestinal que precisa la práctica de reintervención; peritonitis (infección de la cavidad intestinal).
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración intestinal (salida del paquete intestinal); fístulas permanentes o temporales; defectos estéticos; intolerancias a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos). Hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).
- Impotencia (imposibilidad física de erección peneana), en un elevado número de casos.
- Incontinencia urinaria, sobretodo nocturna en un elevado número de casos.
- Problemas derivados de la linfadenectomía necesaria antes de la propia prostatectomía (aunque dentro del mismo acto quirúrgico): lesiones vasculares severas (arterias aorta, ilíacas, hipogástricas); lesiones venosas (estas lesiones pueden dar lugar a hemorragias importantes; lesiones uretrales tanto en la realización de la propia prostatectomía o la linfadenectomía; perforación; desinserción; fibrosis reactiva y estenosis a largo plazo; linfocele.
- Retención urinaria al retirarse la sonda y/o estenosis de la unión vesicouretral, que pueden requerir nuevo sondaje, punción vesical o nueva cirugía.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Prostatectomía Radical

FL-CDM-119

Rev. 03

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas son la radioterapia, el tratamiento hormonal y la cirugía paliativa (orquiectomía, etc.) pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la prostatectomía radical.

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

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **PROSTATECTOMÍA RADICAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **PROSTATECTOMÍA RADICAL**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **PROSTATECTOMÍA RADICAL** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____