

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PROSTATECTOMIA RADICAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

#### **IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO**

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

#### **OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN**

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la próstata enferma y la desaparición de los síntomas derivados de esta enfermedad, con intención curativa a largo plazo.

#### **ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO**

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

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN**

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. En este caso seguirá tratamiento hormonal o radioterapia que es una forma muy efectiva de controlar el crecimiento y la evolución del tumor maligno.  
En el postoperatorio deberá llevar una sonda por un período amplio, aunque puede hacerse de forma ambulatoria.

#### **CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO**

Avance de la enfermedad

#### **RIESGOS FRECUENTES**

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.

- No conseguir la extirpación de la próstata
- Persistencia de la signosintomatología previa total o parcialmente
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio
- Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen
- Imposibilidad física de erección penénea
- Incontinencia urinaria, sobre todo nocturna
- Problemas derivados de la linfadenectomía necesaria antes de la propia prostatectomía.

#### **Linfocele**

- Retención urinaria al retirarse la sonda y/o estenosis de la unión vesicouretral, que pueden requerir nuevo sondaje o nueva cirugía.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares

#### **RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE**

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PROSTATECTOMIA RADICAL

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **PROSTATECTOMIA RADICAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE ..... DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **PROSTATECTOMIA RADICAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO ..... FIRMA Y SELLO MÉDICO