

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL
RETROPÚBICA CON LINFADENECTOMÍA ILIO-OBTURATRIZ**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Mediante esta cirugía se busca tratar el cáncer de próstata que le ha sido diagnosticado. La operación consiste en extirpar la próstata, vesículas seminales, y parte de los conductos deferentes. Según su riesgo oncológico, su médico le indicará si debe realizarse además la extirpación del tejido linfático de la pelvis (linfadenectomía).

La prostatectomía radical se lleva a cabo habitualmente por una incisión sobre el nivel del pubis. Luego de la extirpación de la próstata, se unirá la vejiga, con el extremo de la uretra seccionado (anastomosis), esta unión quedará protegida con la instalación de una sonda introducida por su pene y que permite vaciar la vejiga. Habitualmente, además se deja un drenaje que permite detectar fugas de orina. El periodo post operatorio hospitalizado generalmente es de 2 a 3 días, indicándose alta con sonda vesical, que se retira en forma ambulatoria (7-14 días post operatorio).

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos de la intervención como:**

- Posibilidad de no completar la operación, ya sea porque se considere que el tumor no es resecable o haya factores anatómicos que impidan su realización.
- Sangrado intra o postoperatorio de grado y severidad variable, incluido de riesgo vital.

- Fístula urinaria: fuga de orina, habitualmente desde la zona de la anastomosis.
- Lesión de órganos vecinos, como recto, intestino, y estructuras vasculares. En caso de lesión de recto puede requerirse una colostomía (derivación de contenido intestinal a la pared abdominal)
- Complicaciones de herida operatoria como infección, seromas, y hernias entre otras.
- Incapacidad de obtener o mantener la erección peneana (impotencia sexual).
- Incontinencia urinaria (pérdidas de orina en grado variable, que puede ser permanente y severa)
- Estrechamientos de cuello de vejiga y/o uretra, requiriendo dilataciones o futuros procedimientos.
- Recurrencia de su cáncer: la cirugía habitualmente tiene intención curativa, pero pese a ello el cáncer puede recurrir y requerir otros tratamientos complementarios como radioterapia.
- Tromboembolismo pulmonar (coágulos de sangre que se originan en las venas de las piernas).
- Formación de una colección de líquido dentro del abdomen (linfocele), que puede sobre infectarse y/o comprimir estructuras vecinas

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Otras alternativas como tratamiento del cáncer de próstata localizado está la Vigilancia Activa, para casos seleccionados, la Radioterapia externa, y el implante de material radioactivo intraprostático (Braquiterapia). Otras vías de acceso para realizar la prostatectomía radical está la vía laparoscópica que puede ser asistida por robot.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Prostatectomía Radical Retropúbica con Linfadenectomía Ilio-Obturatriz** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA CON LINFADENECTOMÍA ILIO-OBTURATRIZ, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)