

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA DE BAJA O ALTA TASA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Es una forma para tratar el cáncer de próstata mediante la implantación de múltiples semillas radioactivas permanentes en baja tasa, o agujas que se extraen en alta tasa. Las posibilidades de curación dependen de las características del tumor y de los niveles de PSA (Antígeno prostático específico). En algunos casos, puede ser necesaria también la radioterapia externa o medicación con tratamiento hormonal para conseguir una mayor eficacia del tratamiento.

La técnica se puede hacer en una o dos fases:

- En la primera y de forma ambulatoria (sin necesidad de ingresar), se hace una ecografía a través del recto, con el objeto de calcular el volumen de la próstata para conocer la cantidad de semillas y el lugar de colocación de cada una de ellas, o el de agujas según sea de baja o alta tasa. A veces en este estudio se identifica una forma de la próstata o de las estructuras que la rodean que impide llevar a cabo una implantación segura y eficaz de las semillas. En este caso se desestima esta técnica y se sugiere al paciente otra alternativa.
- En una segunda fase, con ingreso en general de 24 horas, se lleva a cabo la implantación de las semillas radioactivas o agujas en la próstata a través del periné (espacio comprendido entre los testículos y el ano), mediante agujas dirigidas con ecografía.

En algunos casos todo lo anterior se puede realizar en el mismo acto y requiere el uso de anestesia.

La finalidad es intentar la curación de su tumor.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos frecuentes:

- Molestias en la zona del implante.
- Trastornos de la erección.
- Incontinencia de orina.
- Molestias y dificultades para orinar en las semanas siguientes a la realización del procedimiento.
- La imposibilidad para vaciar la vejiga, puede hacer necesario colocar una sonda vesical durante unas semanas.
- Diarrea, deseo frecuente de defecar y en ocasiones sangrado o dolor con la deposición, debido a la radiación sobre el recto.

Estas molestias suelen ser transitorias y se alivian con el uso de medicación.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Persistencia de molestias al orinar.
- Migración (desplazamiento) de las semillas.

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una trasfusión de sangre o sus derivados.
- Estenosis (estrechamiento) de la uretra.
- Fístulas en el recto.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

..... puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía.
- Radioterapia externa.
- Observación vigilada.

AUTORIZACIÓN PARA “BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA DE BAJA O ALTA TASA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: