

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA**.  
Los datos personales se recaban al final del documento

## **EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE**

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación del tumor maligno de su próstata, con el fin de eliminar o disminuir los síntomas derivados de esta enfermedad y conseguir su curación a largo plazo.

## **CÓMO SE REALIZA**

Mediante esta técnica se extirpa totalmente la próstata enferma. Se hace a través de una incisión entre ombligo y pubis o bien puede realizarse por vía laparoscópica, es decir, a través de pequeños orificios en el abdomen por los que pasan unos tubos (trócares) con una pequeña cámara, y el instrumental quirúrgico. La elección de la técnica va a depender de las características de la enfermedad.

Una vez extraída la próstata enferma se sutura directamente el cuello de la vejiga a la uretra para que pueda salir la orina. El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

## **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

Al extirpar la próstata en su totalidad es necesario poner una sonda vesical para asegurar la correcta salida de la orina. Esta sonda se deja normalmente un tiempo amplio. La mayor parte del cuidado y mantenimiento de la sonda puede realizarse de forma ambulatoria.

## **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

Esta técnica, indicada por la presencia de un tumor maligno localizado en la próstata, se realiza con intención curativa, para intentar evitar el desarrollo progresivo del tumor y su diseminación.

## **OTRAS ALTERNATIVAS**

El tratamiento de los tumores malignos localizados de próstata, puede realizarse también mediante:

- Vigilancia: revisiones periódicas para actuar cuando el tumor muestre actividad.
- Radioterapia, externa o braquiterapia.

Todas muestran similares resultados en el control de los tumores localizados de próstata, pero en su caso usted y su urólogo han decidido la prostatectomía radical como la mejor opción.

En su caso: \_\_\_\_\_

## **QUÉ RIESGOS TIENE**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**
  - Impotencia coeundi (imposibilidad física de erección del pene).
  - Incontinencia urinaria transitoria, que puede durar de días a meses.
- **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.
  - Durante la intervención puede lesionarse algún vaso sanguíneo u órgano intraabdominal. Si ocurriese esto, puede ser necesario realizar una cirugía abierta inmediata o bien diferida para reparar el daño o lesión. Ese problema puede conducir a cuadro de infección abdominal severa, hipotensión, hemorragia incoercible e incluso con riesgo para su vida. Precizando la mayoría de las veces transfusión sanguínea intra o postoperatoria.
  - Puede ser necesario realizar una intervención de cirugía abierta aunque inicialmente se haya intentado la vía laparoscópica, como consecuencia de problemas (sangrado, imposibilidad técnica u otras complicaciones) presentados intraoperatoriamente.
  - Complicaciones abdominales como consecuencia de las heridas abdominales para los trócares (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, lesión eléctrica de un asa de intestino delgado o del grueso que pueden manifestarse inmediata o tardíamente según la intensidad de la lesión que precise la práctica de intervenciones con resultados imprevisibles, peritonitis o infección de la cavidad intestinal, que pueden requerir reintervención con resultados imprevisibles.

# Consentimiento Informado *Prostatectomía radical*

- *Incontinencia urinaria de carácter permanente e intensidad variable.*
- *Lesiones ureterales que pueden requerir soluciones endourológicas o quirúrgicas, incluso la extirpación del riñón.*
- *Lesión nerviosa por neuropraxia de compresión de zonas de apoyo.*
- *Fibrosis reactiva y estenosis a largo plazo, linfocele;*
- *Retención urinaria al retirarse la sonda, que puede requerir nuevo sondaje, punción vesical o nueva cirugía;*
- *Estenosis de la unión vesicouretral que puede requerir las mismas medidas del punto anterior*
- *En caso de realizarse por vía laparoscópica puede aparecer enfisema subcutáneo por paso del CO2 al tejido celular subcutáneo.*
- *Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida.*
- *También que pueden existir complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas, tanto de las de los trócares como de la practicada para la extracción de la próstata, como dolor, infección, herniación de un asa intestinal por algún orificio que puede requerir cirugía, fístula, y posteriormente defecto estético por deficiente cicatrización, intolerancia al material de sutura, dolores persistentes en alguna de las cicatrices.*
- *Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se estén administrando.*
- *Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles aunque se tomen medidas preventivas*

*Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo para su vida.*

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:** \_\_\_\_\_.

## **SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA**

*Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Para ser valoradas debe informar a su médico de ellas. Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca.*

*Comunique también los medicamentos que esté tomando.*

## **OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

# Consentimiento

## Informado *Prostatectomía radical*

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **PROSTATECTOMÍA RADICAL**.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

### Denegación o Revocación

*D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.*

*En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_*

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.