

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- ¿Qué es?:** Esta intervención permite extirpar la próstata y las vesículas seminales, creando una nueva unión entre la vejiga y la uretra. Su médico le informará, según las circunstancias, si es necesario extirpar también los ganglios linfáticos de drenaje de la próstata (linfadenectomía) y si es posible conservar los nervios que posibilitan la erección y las relaciones sexuales.
- ¿Cómo se realiza?:** Se realiza bajo **anestesia general** mediante 4 o 5 incisiones en el abdomen (todas las incisiones son pequeñas, de 1-2 cm, excepto la que se realiza por encima del ombligo que es por donde se extrae la próstata) que permiten la introducción de una cámara endoscópica y elementos de trabajo para extirpar por completo la próstata y las vesículas seminales. Sólo en determinadas circunstancias o si no es posible por vía laparoscópica la operación será de forma clásica o abierta. Tras la cirugía se deja un drenaje que se suele retirar a las 24 horas aunque se puede prolongar si es muy productivo, y una sonda vesical para asegurar la nueva unión entre la vejiga y la uretra que se suele retirar 1 o 2 semanas después de la cirugía.
- ¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, molestias abdominales, hernia a través de la herida quirúrgica, incontinencia (escape) urinaria y disfunción eréctil (impotencia sexual). Estas últimas pueden ser transitorias o permanentes. Su médico le informara del riesgo de las mismas y los posibles tratamientos si son permanentes.
 - Infrecuentes (menos de 10%):** **Hemorragia incontrolable**, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo de la gravedad incluso con posibilidad cierta de muerte. **Complicaciones abdominales** como parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal que precise de otras intervenciones, peritonitis, infección de la cavidad intestinal o lesiones del recto que precisen de colostomía para su resolución; **complicaciones derivadas de la herida quirúrgica** como infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura, **fístulas** permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o **procesos cicatriciales anormales**, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad); **problemas derivados de la linfadenectomía** como **lesiones vasculares** de aorta, cava o de vasos ilíacos, que pueden dar lugar a hemorragias importantes, **lesiones ureterales** que pueden requerir soluciones endourológicas o quirúrgicas abiertas, incluso la extirpación del riñón, **lesiones nerviosas**, **linfocele**; **retención urinaria** al retirarse la sonda, que puede requerir nuevo sondaje, punción vesical o nueva cirugía; **estenosis (estrechamiento) o dehiscencia (apertura) de la unión vesicouretral** que puede requerir las mismas medidas del punto anterior; **tromboembolismos venosos profundos o pulmonares** cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; **hemorragias digestivas** que siendo infrecuentes pueden presentarse con diferente gravedad.
- Consecuencias previsibles de su realización:** La cirugía se realiza con intención curativa del cáncer de próstata pero puede requerir tratamientos posteriores (radioterapia, tratamiento hormonal, quimioterapia...) bien por la agresividad del tumor o por la reaparición o recidiva del mismo. Tras la retirada de sonda lo habitual es la incontinencia o escape de orina que obliga a llevar pañales de manera transitoria o permanente. El postoperatorio dura unas 8 semanas y requiere reposo relativo durante este tiempo.
- Consecuencias previsibles de su no realización:** La posibilidad de progresión del tumor y la aparición de metástasis e incluso la muerte por el tumor a largo plazo si no se establece un tratamiento alternativo.
- Alternativas:** Las alternativas a la cirugía son la radioterapia, la vigilancia activa en tumores de bajo riesgo o la observación y el tratamiento hormonal diferido como tratamiento paliativo.
- Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Determinadas circunstancias como diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, infección urinaria o edad avanzada pueden aumentar la frecuencia y gravedad de las complicaciones quirúrgicas. Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

| | | | | | |
|-----------|--|----------|--------------------|-----|---------------------|
| APELLIDOS | | NOMBRE | | DNI | FECHA DE NACIMIENTO |
| Nº SIP | DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) | | | | CP |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | | |

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | DNI | FECHA NACIMIENTO | EN CALIDAD DE |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|

DATOS PROFESIONAL

| | | | |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | CATEGORÍA PROFESIONAL | NUM. COLEGIACIÓN |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____