

Cáncer de Próstata

1. Identificación y descripción del procedimiento

Consiste en la extirpación total de la próstata. La indicación es cáncer y la intervención se realiza con intención curativa.

Habitualmente se practica a través de una incisión abdominal, por encima del pubis y excepcionalmente a través de una incisión perineal, por detrás de los testículos. Se realiza con anestesia general o raquídea.

Durante el acto quirúrgico, a la vista de los hallazgos, el cirujano puede tomar la decisión de no realizarla, porque la enfermedad está más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas. En este caso seguirá tratamiento hormonal o radioterapia que es una forma muy efectiva de controlar el crecimiento y la evolución del tumor maligno de la próstata.

Tendrá que llevar sonda por un periodo amplio que puede ser de hasta dos semanas.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Eliminación de la próstata enferma.

Desaparición de los síntomas derivados de esta enfermedad, con intención curativa a largo plazo

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Radioterapia, tratamiento hormonal, cirugía paliativa que consiste en extraer parte de los testículos para evitar la producción de testosterona(orquiectomía, etc.). La Braquiterapia que consiste en instalar semillas radioactivas en la próstata para eliminar las células del cáncer prostático.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Las ya descritas en los apartados uno y dos de este documento.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles, no obstante, usted es en último término libre de aceptarla o no. En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer son imprevisibles.

6. Riesgos

De dicha intervención es posible pero muy poco frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones.

- a) No conseguir la extirpación de la próstata.
- b) Persistencia de la sintomatología previa total o parcialmente.
- c) Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,
CONSULTE CON SU MÉDICO**

d) Complicaciones abdominales como consecuencia de la apertura del abdomen:

- *Parálisis intestinal pasajera o persistente.

- *Obstrucción o perforación intestinal que precise la práctica de reintervención

- *Peritonitis (infección de la cavidad intestinal)

e) Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica:

- *Infección en sus diferentes grados de gravedad.

- *Dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria.

- *Eventración intestinal (salida del paquete intestinal) que puede necesitar una intervención secundaria.

- *Fístulas permanentes o temporales.

- *Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales.

- *Intolerancias a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.

- *Neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesias (disminución de la sensibilidad).

f). Impotencia coeundi (imposibilidad física de erección penénea).

g). Incontinencia urinaria, en un elevado número de casos, ya sea transitoria o permanente.

h). Problemas derivados de la linfadenectomía (limpieza de ganglios):

- *Lesiones vasculares severas (arterias aorta, ilíacas, Hipogástricas).

- *Lesiones venosas

- *Lesiones ureterales tanto en la realización de la propia prostatectomía o la linfadenectomía.

- *Lesión nerviosa.

- *Fibrosis reactiva y estenosis a largo plazo.

- *Linfocele.

Estas complicaciones pueden poner en peligro la funcionalidad del riñón afectado, haciendo necesarias otras intervenciones para su solución, pudiendo ser necesario, incluso extirpar dicho riñón.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Declaraciones y firmas

PACIENTE

El médico Dr. _____ me ha explicado en forma satisfactoria que es, como se realiza y para que sirve la cirugía de Prostatectomía radical.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, y que es el procedimiento mas adecuado para mi situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Dr. _____, Dr. _____, y el personal ayudante que precise, me realicen el tratamiento que me ha sido indicado.

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Firmado: _____
(Nombre y 2 apellidos)

REPRESENTANTE

El médico Dr. _____ me ha explicado en forma satisfactoria que es, como se realiza y para que sirve la cirugía de Prostatectomía radical que presenta mi _____ (parentesco). También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, y que es el procedimiento más adecuado para su situación clínica actual.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Dr. _____, Dr. _____, y todo el personal ayudante que precise, le realicen el, tratamiento que ha sido indicado.

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

MÉDICO

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,
CONSULTE CON SU MÉDICO**



He informado a este paciente, y/o su representante legal del propósito y naturaleza del procedimiento de Prostatectomía radical, así como de sus riesgos y alternativas.

Firma _____ y _____ nombre _____ del _____ médico responsable: _____

Datos de identificación:

Paciente: _____

Edad: _____ Sexo _____

Historia Clínica N°: _____

Fecha: _____ Hora _____

No autorizo o retiro mi consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

RUT: _____

Fecha: _____

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,
CONSULTE CON SU MÉDICO**