



Documento de consentimiento informado para prostatectomía radical laparoscópica

Nº HISTORIA

Don/Doña [espacios] de [espacios] años de edad con domicilio en
(Nombre y dos apellidos del paciente)

[espacios] ..y DNI nº [espacios]

Don/Doña [espacios] de [espacios] años de edad con domicilio en
(Nombre y dos apellidos del paciente)

[espacios] ..y DNI nº [espacios]

en calidad de [espacios] de [espacios]
(Representante legal, familiar o allegado) *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.

1.- **Objetivo:** Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de la próstata enferma y la desaparición de los síntomas derivados de esta enfermedad, con intencionalidad curativa a largo plazo.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- **Beneficios y Técnica Quirúrgica:** Mediante esta técnica se extirpa totalmente la próstata. Está indicada por la presencia de un tumor maligno y la intervención se realiza con intención curativa. Se extirpa totalmente la próstata a través de pequeños orificios en el abdomen por los cuales se introducen unos tubos (trócares) que permiten la entrada de una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO2 en el peritoneo o en el espacio preperitoneal.

Sé que requiere anestesia general y que durante el acto quirúrgico, a la vista de los hallazgos, el cirujano puede tomar la decisión de no realizarla, porque la enfermedad esté más avanzada de lo previsto o por dificultades técnicas, o también, tener que reconvertir la cirugía laparoscópica a cirugía abierta convencional. En caso de no realizar tratamiento quirúrgico, ni mediante cirugía abierta convencional ni por cirugía laparoscópica, se seguirá un tratamiento hormonal o radioterapia que es una forma muy efectiva de controlar el crecimiento y la evolución del tumor maligno de la próstata.

El médico me ha advertido que tendré que llevar sonda por un periodo de 2 a 3 semanas.

4.- **Riesgos:** Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos indeseables. Pero es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como son:

- No conseguir la extirpación de la próstata.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
- Complicaciones abdominales derivadas de la intervención laparoscópica (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).
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura –apertura–, 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).
- Enfisema subcutáneo por paso del CO2 al tejido celular subcutáneo.

- Impotencia coeundi (imposibilidad física de erección peneana).
- Incontinencia urinaria sobre todo en el primer y segundo mes después de la cirugía, pero que después suele desaparecer. En caso de persistencia de la incontinencia urinaria serían necesarias medidas terapéuticas para corregir la incontinencia.
- Problemas derivados de la linfadenectomía, tales como lesiones vasculares severas de las arterias (aorta, ilíacas, hipogástricas), lesiones venosas que pueden dar lugar a hemorragias importantes, lesiones ureterales que pueden requerir soluciones endourológicas o quirúrgicas o incluso la extirpación del riñón, lesión nerviosa o muscular derivadas de un síndrome compartimental de miembros inferiores y/o superiores secundarias a la colocación del paciente, fibrosis reactiva y estenosis a largo plazo. También se puede producir acumulo de linfa (linfocele) que en ocasiones requiere la punción evacuadora.
- Retención urinaria al retirarse la sonda, que puede requerir nuevo sondaje, punción vesical suprapúbica o nueva cirugía.
- Estenosis de la unión vesicouretral que puede requerir sección o dilataciones periódicas de la misma.
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes, pero presentes, aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

Riesgos más frecuentes: Impotencia coeundi (imposibilidad física de conseguir la erección del pene) e incontinencia urinaria transitoria, que puede durar hasta meses.

Riesgos más graves: Sangrado intraoperatorio o de los orificios de entrada de los trócares, que pueden obligar a reintervenir para solucionar la hemorragia. Lesiones ureterales, que exigen reparaciones endourológicas o cirugía abierta, y lesiones de intestino delgado o grueso, que inevitablemente necesitarán intervención quirúrgica urgente o diferida. Tromboembolismos venosos.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades, aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como

6.- Alternativas razonables a este procedimiento: El médico me ha explicado que otras alternativas son la cirugía abierta convencional, la radioterapia, la crioterapia, la braquiterapia, el tratamiento hormonal y la cirugía paliativa (orquiectomía), pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la prostatectomía radical laparoscópica.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones,

CONSIENTO

Que se me realice la PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.

En, a, de de 20.....

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado.....

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado

DENEGACION O REVOCACION

Yo, D/Dña. _____ 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 20.....

Fdo.: El/la Médico
Nº de Colegiado.....

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal, familiar o allegado