

Cáncer de Próstata

Cirugía Mínimamente Invasiva

Clínica Doctor Rubio

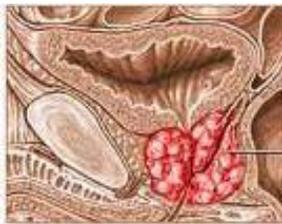
DR. J. RUBIO BRIONES

Dr. J. Casanova Ramón-Borja

Dr. A. Collado Serra

Dr. J. Domínguez Escrig

Dr. M. Ramírez Backhaus



Potenciales Complicaciones y Soluciones

Les recordamos algunas de las complicaciones que ha podido leer en el consentimiento informado

Complicación	Medidas profilácticas y soluciones
Trombosis (muy infrecuente)	Utilizamos medias de compresión y profilaxis tromboembólica
Sangrado relevante (muy infrecuente)	Se le reserva sangre para una posible transfusión
Incontinencia Urinaria (infrecuente)	Le enseñaremos ejercicios del suelo pélvico, si no fuera suficiente, disponemos de otras medidas para recuperar la continencia.
Impotencia (frecuente, especialmente en paciente con tumores agresivos)	Disponemos de inyecciones intracavernosas o de corrección de la impotencia con la colocación quirúrgica de una prótesis de pene.
Lesión de los uréteres (muy infrecuente)	Alarga el tiempo quirúrgico y o precisa de otras intervenciones para la corrección del problema)
Lesión del recto (muy infrecuente)	Se precisaría en algún caso de una segunda intervención
Estenosis de la Anastomosis (muy infrecuente)	Precisaría de la apertura de la estrechez mediante una cirugía endoscópica.
Márgenes tumorales positivos (infrecuente)	Si quedaran restos de tumor en el lecho quirúrgico disponemos de tratamientos de segunda línea como radioterapia.

Si le surge cualquier pregunta no dude en contactar con nosotros.

consulta@clinicadoctorrubio.es

Clínica de Urología y Andrología Doctor Rubio

Hospital 9 d'Octubre, Avda. Valle de la Ballestera, 59, Edificio de consultas externas, 2ª planta. Consulta 31. Tfno y Fax: +34 963179931

	Nunca	Menos de 1 vez cada 5	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5

< 8 puntos = Leve 8 a 19 puntos = Moderada > 20 puntos = Severa

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prosintomáticos tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6

Prostatectomía Radical Laparoscópica

Si se le ha diagnosticado de un tumor en la glándula prostática, debe saber que uno de los tratamientos curativos disponibles que oferta la Clínica Dr. Rubio es la prostatectomía radical por vía laparoscópica. El Dr. Rubio formado en París es pionero en la Comunidad Valenciana. Además, el Dr. Ramírez, formado expresamente para este procedimiento en Alemania y los Drs. Casanova, Collado y Domínguez lo realizan con solvencia. En este folleto tratamos de aclararle en qué consiste dicha intervención, sus objetivos así como las posibles complicaciones del tratamiento.

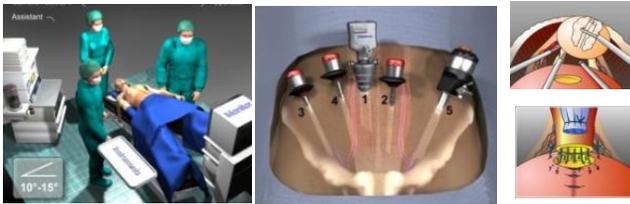
Generalidades sobre el Cáncer de Próstata

La próstata es una glándula exclusiva del hombre, su tamaño es similar al de una castaña. Está localizada por debajo de la vejiga, envolviendo la uretra y en contacto directo con el músculo esfínter. La parte posterior de la próstata está apoyada en el recto, por dicho motivo en el tacto rectal el urólogo palpa la próstata y la biopsia de la glándula se realiza a través de este órgano.

Junto a la próstata discurren los nervios responsables de la erección.

El tumor generalmente se desarrolla en la periferia prostática y en su estadio inicial no da síntomas. Si su esperanza de vida es mayor a diez años, si no se detecta, es factible que el tumor crezca, rompa la cápsula prostática e infiltre el cuello de la vejiga, las glándulas seminales o el esfínter. En estadios más avanzados el tumor podría desarrollar metástasis. Por ello es de vital importancia diagnosticar el tumor en sus estadios más precoces.

La técnica quirúrgica



La Técnica Quirúrgica

El procedimiento quirúrgico precisará de anestesia general. La clínica del Dr Rubio cuenta con anestelistas expertos en este tipo de procedimientos

Esta técnica tiene la peculiaridad de no realizar una incisión abdominal de gran tamaño sino que a través de 5 orificios de entre 5 y 10 mm se extirpará la próstata afecta del tumor y las seminales. Se trata, de una técnica mínimamente invasiva. Otra de las ventajas reside en la mejora de la precisión quirúrgica gracias a los 15 aumentos que genera la cámara endoscópica.

Como antes hemos explicado junto a la próstata se encuentran dos estructuras importantes: el esfínter externo (responsable de la continencia urinaria) y los nervios responsables de la erección.

Con la técnica laparoscópica se reduce el riesgo de lesión del esfínter y en pacientes previamente potentes y con tumores de bajo riesgo se intentarán conservar la estructuras nerviosas.

Tras la exéresis de la próstata se anastomosa la vejiga al muñón uretral, dando continuidad al tracto urinario inferior.

Hospitalización y Seguimiento

Durante los días de hospitalización uno de los miembros del servicio de urología le visitará a lo largo del día y controlará las constantes y diferentes parámetros analíticos. Se procederá al alta entre los días 2 y 4.

Al alta portará una sonda vesical hasta la cicatrización de la anastomosis entre la vejiga y la uretra. Deberá tener especial cuidado y evitar tirones.

Continuaremos con un estrecho seguimiento en consultas externas.

1ª visita postoperatoria: retirada de la sonda y se le enseñaran ejercicios musculares para fortalecer el músculo del esfínter con el fin de controlar la continencia de la manera mas pronta posible.

Disponemos de un equipo multidisciplinar dirigido por el El Dr. Collado para la rehabilitación y tratamiento de la incontinencia e impotencia mediante un software adaptado a ello.

Posteriormente en sucesivas visitas se informará del resultado histológico y se controlará la evolución funcional y oncológica.

Cuestionarios para el Paciente.

IIEF-5	EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES					
	0	1	2	3	4	5
Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta	
Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron suficientemente rígidas para la penetración?	Casi nunca/nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	A veces (más o menos la mitad)	La mayoría (mucho más de la mitad)	Casi siempre/siempre	
Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección tras haber penetrado a su pareja?	Casi nunca/nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	A veces (más o menos la mitad)	La mayoría (mucho más de la mitad)	Casi siempre/siempre	
Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto?	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente Difícil	No fue difícil	
Cuando intento el acto sexual, ¿con que frecuencia fue satisfactorio para usted?	Casi nunca/nunca	Pocas veces (menos de la mitad)	A veces (más o menos la mitad)	La mayoría (mucho más de la mitad)	Casi siempre/siempre	