



**Consentimiento Informado –  
Urología Adulto**

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Enucleación Prostática Con Láser**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Enucleación Prostática Con Láser

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. ....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente efectuar una

**ENUCLEACION PROSTATICA CON LASER** como forma de tratamiento de mi ADENOMA O HIPERPLASIA PROSTÁTICA.

## INFORMACION

El tratamiento me fue explicado por el médico. Se trata de un procedimiento quirúrgico que no necesita incisiones y se efectúa bajo anestesia, en el cual se colocará dentro de mi uretra un aparato destinado a identificar y liberar usando energía láser el adenoma de próstata que genera la obstrucción. Luego se procederá a la extracción, previa fragmentación dentro de la vejiga, del tejido prostático obstructivo, conservando la cápsula prostática.

Existen diferente alternativa a la ENUCLEACION PROSTATICA CON LASER, como la Adenomectomía abierta, la resección trans ureteral de próstata, el tratamiento farmacológico, la vaporización prostática, etc.

Luego de la cirugía, al tener relaciones sexuales, existirá una disminución del volumen o ausencia de semen expulsado. Se debe mantener un chequeo prostático al menos una vez al año, pues al conservar la cápsula de la próstata el riesgo de presentar Cáncer prostático se mantiene igual que un paciente que no ha sido sometido a este procedimiento. Durante el post-operatorio se debe permanecer algunos días con una sonda vesical.

Los posibles riesgos asociados a este procedimiento me fueron explicados y son los siguientes:

- Requerir lavado de la sonda vesical o eventualmente su reemplazo. Obstrucción de la sonda vesical o uretra por coágulos o fragmentos prostáticos en el post operatorio inmediato y posterior al alta (aproximadamente 5% de los casos). En ciertos casos podría indicarse la rehospitalización.
- Perforación de la vejiga que podrá solucionarse con instalación de sonda por más tiempo que el programado o con cirugía abierta (menor a 2%).
- Dificultad para controlar la micción de tipo transitoria asociada a urgencia miccional o a esfuerzos físicos (incontinencia urinaria). Habitualmente cede espontáneamente luego de días o semanas, pudiendo requerir tratamiento con medicamentos o terapia kinésica. La pérdida permanente de orina puede ocurrir con escasa frecuencia.
- Aumento de la frecuencia y ardor para orinar, que puede durar días o semanas.
- Infección urinaria después del procedimiento que puede ser leve o severa, incluso sepsis.
- Posibilidad de embolia pulmonar (coágulos de sangre originados en las venas de extremidades inferiores).
- Estrechamientos de la uretra requiriendo dilataciones, cirugías o futuros procedimientos.
- Posibilidad de necesitar repetir el tratamiento a futuro y otras complicaciones.
- El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, 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, rechazo de transfusiones o cualquier otra circunstancia.

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

.....  
Existen diferentes alternativas a la ENUCLEACION PROSTATICA CON LASER, como la Adenomectomía abierta, la resección trans ureteral de próstata, el tratamiento farmacológico, la vaporización prostática, etc, sin embargo, el médico me ha explicado que en mi caso esta es la más adecuada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las preguntas y 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.

## CONSENTIMIENTO

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **ENUCLEACION PROSTATICA CON LASER**  
Como forma de tratamiento de mi **ADENOMA O HIPERPLASIA PROSTÁTICA.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).