



**Consentimiento Informado –  
Urología Adulto**

## **Consentimiento Informado para Resección Transuretral Prostática**

## Consentimiento Informado para Resección Transuretral Prostática

---

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 han explicado que es conveniente efectuar una

**RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA (RTU-P)** como tratamiento de mi ADENOMA PROSTÁTICO

## INFORMACIÓN

Se trata de un procedimiento terapéutico que no necesita incisiones. Se realiza en forma endoscópica, a través de un instrumento que va por la uretra, con el cual se identifica, reseca y extrae el tejido prostático obstructivo, conservando la cápsula prostática (parte externa de la próstata). Este tejido es enviado a biopsia diferida para que el médico patólogo realice el estudio Anatomopatológico.

Tras la operación, deberá permanecer hospitalizado durante algunos días, los cuales serán definidos por el médico tratante. Durante este período, estará con una sonda a través de la uretra, la cual será retirada en el momento que el médico lo indique.

Normalmente, con esta cirugía no se presentan alteraciones de la erección ni del deseo sexual. Tampoco hay cambios en el tamaño del pene. Sí se presentará un cambio denominado Eyaculación Retrógrada. Esto significa que, al tener una relación sexual, la cantidad de semen será nula o menor a la cantidad previa a esta cirugía.

Esta cirugía no elimina el riesgo de presentar cáncer de próstata. Por eso, es importante revisar el resultado de la biopsia del material extraído durante la cirugía y continuar con los controles prostáticos al menos una vez al año, posterior a la cirugía.

Los posibles riesgos asociados a este procedimiento me fueron explicados y son los siguientes; Síndrome post RTU, que corresponde a una complicación neurológica poco frecuente que se genera por paso del líquido utilizado durante la resección hacia la sangre. Necesidad de convertir la cirugía a cirugía abierta (herida abdominal) al no poder insertar el equipo a través de la uretra, o presentar complicaciones durante la realización de la cirugía.

Hemorragia aguda y/o Hematuria (sangrado por la orina). Esto puede presentarse durante la cirugía o en los días posteriores. Dependiendo de la magnitud, puede ser necesario transfundir sangre (2 a 3%) o realizar una cirugía de urgencia. Perforación de la cápsula prostática. Obstrucción de sonda vesical por coágulos o fragmentos prostáticos. Esto puede requerir lavados de la sonda vesical o eventualmente su reemplazo, lo cual puede ser necesario hacerlo en pabellón.

Dificultad para controlar la micción (Urgencia Miccional) una vez retirada la sonda. Aumento de la frecuencia y ardor al orinar, que puede durar días o semanas. Infección urinaria. Posibilidad de embolia pulmonar (coágulos de sangre en el pulmón). Estrechamiento de la uretra. Esto puede requerir dilataciones uretrales ambulatorias o nuevas cirugías. Incontinencia de orina y otros.

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 bajo 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:

.....  
El médico me ha explicado que, aunque puedan existir otras opciones de tratamiento, 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:

**RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA (RTU-P)** como tratamiento de mi ADENOMA PROSTÁTICO

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).