



Consentimiento Informado  
para REZUM

## Consentimiento Informado para REZUM

Consentimiento Informado – Urología Adulto

## Consentimiento Informado para Cirugía de REZUM

---

Mi hipótesis diagnóstica es: .....

SR: .....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

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

Fecha del consentimiento:.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que el/la: Doctor (a):.....

Me ha explicado las alternativas de tratamiento para mi Hiperplasia de próstata, entre ellas la terapia con REZUM.

El crecimiento prostático benigno es frecuente en la medida que aumenta la edad de los hombres, sus síntomas pueden ser diversos, agrupados principalmente en obstructivas (por ejemplo: chorro débil, pujo miccional, vaciamiento incompleto vesical) y síntomas de almacenamiento (alta frecuencia miccional, urgencia entre otros), además de las complicaciones que se pueden asociar (infección urinaria, hematuria, cálculos vesicales, retención de orina, entre otros). Para su tratamiento existen terapias farmacológicas y quirúrgicas, entre ellas la resección endoscópica transuretral, la enucleación con láser y la cirugía abierta.

Dentro de las cirugías menos invasivas está Rezum, que consiste en la aplicación de vapor de agua intraprostático a alta temperatura por vía transuretral. Su objetivo es causar la necrosis (muerte celular) en el tejido en el cual la energía es aplicada y así disminuir los síntomas derivados del crecimiento prostático.

La terapia con REZUM fue aprobada en Estados Unidos el año 2015, y ha demostrado disminuir los síntomas asociados al crecimiento prostático, a mediano plazo, y sus complicaciones. Su ventaja es que puede ser realizada en forma ambulatoria, su riesgo de sangrado en relación a otras técnicas es bajo, tiene menos probabilidad que otros tratamientos en causar eyaculación retrógrada, y la asociación a disfunción eréctil ha sido baja (menor a 3%).

Se debe tener presente que este tipo de intervención no logra ni busca obtener tejido prostático para biopsia, y que sus resultados a más largo plazo aún están pendientes.

El tratamiento se lleva a cabo en pabellón, el tipo de anestesia será confirmada por anestesista, pero puede ser anestesia general, espinal, o local más sedación. El urólogo realizará una inspección endoscópica de la uretra, próstata y vejiga, mediante una cistoscopia y luego mediante una serie de punciones (el número dependerá del tamaño y conformación de su próstata) procederá a aplicar energía térmica liberada como vapor de agua en la próstata. Posterior a ello dejará instalada una sonda Foley por su uretra para lograr el vaciamiento de la orina de su vejiga. Tras esto completará un periodo de observación, y de no existir complicaciones inmediatas, será enviado a su domicilio con sonda. Será citado para el retiro de la sonda, habitualmente entre 5- 7 días después de la intervención, pero los plazos son variables, de acuerdo a su situación particular y lo que

estime tratante.

Dentro de las primeras semanas posteriores a la intervención, lo más frecuente es que sus síntomas urinarios se intensifiquen, podrá existir ardor al orinar, aumento de frecuencia miccional, sangrado por la orina entre otros, para lo cual su urólogo indicará las medidas necesarias, como reposo, abstinencia sexual, hidratación y fármacos.

Las complicaciones que han sido descritas para este tipo de intervención son intensificación transitoria de los síntomas que puede asociarse a urgencia y escape de orina, infecciones urinarias (3-25%), sepsis urinaria (menos de un 3%), retención de orina (3-30%), orinas con sangre (hematuria, 12%), semen con sangre (hematoespermia, 3%), disfunción eréctil (menos de 3%), eyaculación retrógrada (3-20%), desprendimiento de tejido prostático (infrecuente), y estrechez del cuello vesical (menos del 3%), entre otras.

El manejo de estas complicaciones es variable según su severidad y comorbilidades asociadas de cada paciente, y pueden resolverse con medidas generales, como reposo e hidratación y analgésicos, hasta necesidad de procedimientos como lavados vesicales, reinstalación de sonda, o necesidad de hospitalización y reintervención quirúrgica.

Posterior a mi tratamiento deberá continuar con sus controles prostáticos preventivos, ya que la finalidad de esta intervención es solo disminuir el volumen de su próstata y aliviar los síntomas asociados.

También se me ha explicado la necesidad de informar de mis enfermedades crónicas, o cualquier otra circunstancia que pueda afectar mis riesgos quirúrgicos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y mi tratante me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado, para poder dar consentimiento a la cirugía planeada.

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

Y en tales condiciones doy mi consentimiento para el tratamiento de mi crecimiento prostático benigno mediante REZUM.

## CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: REZUM

Firma: El/la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente: .....

RUT:.....

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

RUT:.....

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

SR. ....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de ..... años de edad

Con Domicilio en: .....

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

SR. /SRA. ....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de ..... años de edad

Con Domicilio en:

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

En calidad de: .....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En ..... (lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico: .....

RUT: .....

Firma Paciente Sr: .....

RUT: .....

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

RUT: .....