

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE  
ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Enucleación Prostática con Láser** es una forma de tratamiento de su adenoma o hiperplasia prostática.

El tratamiento se trata de un procedimiento quirúrgico que no necesita incisiones y se efectúa bajo anestesia, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella, en el cual se colocará dentro de su 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.

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.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- 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.
- Disfunciones sexuales, incluyendo impotencia en forma infrecuente.
- 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.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Existen diferentes alternativas a la Enucleación Prostática Con Láser, como la Adenomectomía abierta, la resección trans ureteral de próstata, el tratamiento farmacológico, la vaporización prostática, etc, sin embargo, en su caso esta es la más adecuada.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Enucleación Prostática con Láser** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)