

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA**

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**

**La resección transuretral** consiste en la extirpación de parte de la próstata. Se realiza cuando existe un crecimiento benigno o maligno de la próstata que obstruye la región de salida de la vejiga y dificulta o impide orinar.

Con esta intervención se pretende facilitar el vaciado de la vejiga y evitar las complicaciones (infecciones, litiasis, deterioro de la función renal) que la obstrucción crónica puede llegar a producir. Si se es portador de sonda permanente se pretende que sea posible su retirada.

**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.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

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:**

- 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.
- Eyaculación retrógrada (el eyaculado va a la vejiga no al exterior) con probable infertilidad.
- Perforación de víscera durante el acto quirúrgico (recto, intestino, vejiga), que puede obligar a re intervención.
- 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.
- 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.
- Disfunción eréctil (1-4%)

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.

### 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 Resección Transuretral Prostática** 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 RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA**, 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)