

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URETRECTOMÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se elimina la uretra, de forma general por la presencia de un tumor maligno o el riesgo de que este se desarrolle. Suele hacerse por cirugía abierta, a través de una incisión en el periné, en la mujer y en el varón, una incisión peneana. A veces puede ser necesaria la extirpación de los ganglios linfáticos próximos al tumor.

Tras extirpar la uretra hay que restablecer la continuidad de la salida de la orina.

Si se realiza al mismo tiempo que la extirpación de la vejiga por un tumor vesical, la orina saldrá al exterior a través de una derivación urinaria que suele ser un reservorio creado con intestino para sustituir a la vejiga.

Si la cirugía se hace por la presencia de un tumor en la uretra se extirpa parte o todo el pene (en el varón) o parte de la vulva y pared vaginal anterior (en la mujer). En estos casos a veces también se extirpa la vejiga en la mujer y en el varón la próstata y las vesículas seminales y en ambos casos se necesita también derivación urinaria.

La intervención se realiza con anestesia general.

La finalidad de la técnica es la eliminación de la uretra enferma o con alto riesgo de enfermar de forma grave.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Tras la cirugía quedará una derivación urinaria para permitir la salida de la orina.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- No conseguir la extirpación de la uretra.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Que continúen los síntomas (de forma total o parcial) tras la cirugía.
- Dolor durante el coito.
- Impotencia.
- Dolor en el pubis, en la pelvis o en las piernas.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar, cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Hemorragias digestivas.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.

- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

Problemas de la linfadenectomía:

- Lesiones en los vasos sanguíneos que pueden dar lugar a hemorragias graves.
- Lesión nerviosa.
- Fibrosis reactiva.
- Linfocele (quiste).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede
aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Radioterapia.
- Tratamientos locales (electrofulguración o láser).

AUTORIZACIÓN PARA "URETRECTOMÍA"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D.^a _____, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Firma del representante legal: