

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URETROPLASTIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se abre la uretra a nivel del pene o del periné para resolver el segmento que tiene la estrechez. Según la localización y longitud de la misma, se puede reconstruir la uretra en ese momento o no. A veces hay que dejar la uretra abierta un tiempo para facilitar que se regenere. En ese caso se hará la reconstrucción definitiva más adelante. Para ello es preciso a veces usar otros tejidos, como la mucosa de la boca o la propia piel del pene.

Esta cirugía se hace con anestesia regional o general. Tras ella se coloca una sonda en la uretra durante unos días, que puede llevar incluso tras el alta y en ocasiones también derivación vesical.

En ocasiones la cirugía irá acompañada de dilataciones periódicas de la uretra (y en algunos casos otras intervenciones).

La finalidad de la técnica es mejorar la calidad de la micción (orinar), que está alterada por la presencia de una estrechez (completa o parcial) de la uretra. También intentar quitar la sonda permanente de la vejiga si fuera el caso.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

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 mejora en la calidad de la micción.
- No poder retirar la sonda vesical permanente si la lleva.
- Desarrollo de una nueva estrechez en la uretra. En este caso se requerirá tratamiento (puede estar indicado hacer un orificio perineal permanente).
- Incontinencia de orina que puede ir desde parcial y temporal hasta total y permanente.
- Perforación de la uretra durante la cirugía.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Fístulas uretrales. Puede precisar sonda y/o nuevas cirugías.
- Perforación del recto, a veces es necesario realizar una colostomía (temporal o permanente)
- Impotencia de forma total o parcial.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar, cuya intensidad depende de la intensidad del proceso.
- Hemorragia digestiva.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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:

- Uretrotomía por endoscopia.
- Colocación de prótesis.
- Dilataciones periódicas de la uretra.
- Derivación urinaria.

AUTORIZACIÓN PARA "URETROPLASTIA"

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.

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: |



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

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: