

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** El alineamiento de la uretra proximal con el cuello de la vejiga para intentar mejorar la dinámica miccional, tras el fracaso de los procedimientos endoscópicos.
2. **¿Cómo se realiza?:** Mediante una incisión por debajo del ombligo se accede al territorio estrecho (secuela de la prostatectomía radical) que une la uretra con la vejiga vesicouretral. En ocasiones precisa de incisión perineal para libera la uretra que facilite la unión de ambos extremos vesicouretrales.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** Disminución de la sensibilidad cutánea o vaginal. Infección de la herida quirúrgica en sus diferentes grados de gravedad. Dehiscencia de la herida quirúrgica, que puede necesitar reintervenciones. Defectos estéticos por las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales. Intolerancia al material de sutura con necesidad de extracción quirúrgica. Formación de cálculos vesicales. Dolor pélvico crónico. Coito doloroso (dispareunia). Dolor en el pubis (osteitis de pubis). Dolor en miembros inferiores. Hiperactividad vesical. Se insiste en que, la situación puede que no se resuelva, e incluso pueda empeorar, obligando al paciente a llevar sonda vesical permanente; e incluso la posibilidad de no poder realizar cirugía prevista. Con mucha probabilidad el paciente presentará una incontinencia urinaria que obligará a uso de absorbente o colector urinario. Complicaciones y problemas derivados del cateterismo ureteral, necesario para dejar la vejiga libre de orina (ver consentimiento informado de cateterismo ureteral). Complicaciones derivadas del uréter, estenosis fístulas por su proximidad, pudiera lesionarse, pudiendo precisar nuevas cirugías de diversa complejidad
 - **Infrecuentes (menos de 10%): Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico, como en el postoperatorio.** Las consecuencias de dicha hemorragia son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados. **Lesión rectal**, que obligaría una colostomía de descarga urgente. **Infección del área quirúrgica que puede acabar en absceso pélvico**, que precise drenaje abierto o mediante radiología intervencionista. **Lesión plexos nerviosos**, que dejaría alteración en la sensibilidad de periné y miembros inferiores.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Permitir vaciado vesical satisfactorio.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Imposibilidad de micción espontánea que obligaría al uso de dispositivos de derivación urinaria permanente.
6. **Alternativas:** Derivación urinaria permanente con sonda vesical o suprapúbica. Cistectomía simple con derivación urianaria.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento

No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____