



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Una CARÚNCULA URETRAL es un prolapso (descolgamiento) de la mucosa uretral (uretrocele) que puede ser asintomático o producir disfunción miccional con síntomas irritativos (necesidad de orinar frecuentemente) y obstructivos (dificultad para orinar). Su resección (extracción) cura o mejora dichos casos en aproximadamente el 60% de los casos.
2. **¿Cómo se realiza?:** La intervención quirúrgica consiste en la exéresis o resección (extracción) de la carúncula acompañada de puntos de sutura circulares de fijación de la mucosa prolapsada (descolgada). En determinados casos la cirugía puede ser realizada con anestesia local y habitualmente de modo ambulatorio.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la uretra, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
 - **Infrecuentes (menos de 10%): reacciones alérgicas** al anestésico local, que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: **infección o sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis**, incluso de forma ocasional; **dolor** variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia; fístula uretral o vesical** (comunicación del conducto uretral o vejiga al exterior con incontinencia persistente); **retención urinaria transitoria o permanente** que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos; **coito doloroso o anorgasmia**.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La corrección de la carúncula uretral y los síntomas irritativos y obstructivos del tracto urinario inferior.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistencia de los síntomas que motivaron la consulta. La carúncula tiene un comportamiento benigno y sin complicaciones importantes.
6. **Alternativas:** Pomadas anti-inflamatorias o ligadura de la carúncula sobre una sonda vesical hasta su caída por necrosis.
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. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores. **Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias** medicamentosas, **alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones** actuales.



GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

UROLOGÍA
CIRUGÍA DE CARÚNCULA URETRAL

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	NÚM. 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:

Paciente / su representante:

Firma: _____

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: _____

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____