

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- ¿Qué es?:** Es una técnica quirúrgica para conseguir la correcta apertura de un meato (orificio) uretral estrecho. Con este procedimiento se pretende la mejora en la calidad miccional, así como la supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella (tanto si es uretral como de talla suprapúbica).
- ¿Cómo se realiza?:** Mediante intervención quirúrgica se trata el estrechamiento del extremo distal de la uretra. La estenosis es una cicatriz interior de la uretra que disminuye el calibre de ésta y puede ser debida a varias causas: congénita (habitualmente detectada en la infancia), infecciones, traumatismos, fibrosis o como secuela de la cirugía transuretral previa o sondajes. La técnica consiste en la apertura de la uretra distal a nivel del pene con incisión del segmento que presenta la estenosis. En esta reconstrucción es preciso a veces utilizar otros tejidos o materiales. La realización de esta intervención requiere de anestesia regional o general y tras la cirugía se debe llevar sonda uretral durante un tiempo, incluso puede ser dado de alta con ella durante unos días, dependiendo del tipo de intervención.
- ¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - Frecuentes (más del 10%):** Molestias transitorias en la vejiga, sangrado por orina (hematuria), escozor miccional, infección urinaria. Fiebre, generalmente no muy alta (menor de 38°C, sobre todo después de la 2ª o 3ª instilación).
 - Infrecuentes (menos de 10%):** **No conseguir mejoría en la calidad miccional** o no poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella; el **desarrollo de una nueva estenosis uretral** que requerirá tratamientos posteriores entre los pueden estar indicadas las dilataciones periódicas o el proceder a la realización de un meato perineal permanente; **perforación de uretra** durante el acto quirúrgico, que provoque extravasación del líquido de irrigación hacia las estructuras periuretrales, con la posibilidad de formación de absceso (de suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente y necesaria de otra intervención distinta); **hemorragia incontrolable**, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias 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; **fístulas uretrales**, cuyo tratamiento puede ser complejo, con sonda y/o intervenciones sucesivas; **impotencia total o parcial**; **tromboembolismos venosos** profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Consecuencias previsibles de su realización:** Puede mejorar la sintomatología miccional.
- Consecuencias previsibles de su no realización:** Imposibilidad de micción espontánea, y las consecuencias asociadas (infección urinaria, formación de cálculos, fracaso renal) o persistencia de sistemas de derivación urinaria (sonda uretral/suprapúbica).
- Alternativas:** La alternativa consistiría en la dilatación uretral periódica o el uso de sonda vesical/suprapúbica permanente que precisaría un recambio cada 2-3 meses.
- Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como Sintrom u otros) o antiagregantes (como Aspirina u otros) 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: _____