

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

**1. ¿Qué es?:** es una técnica que consiste en la colocación de un dispositivo con aspecto de muelle, compuesto por nitinol y recubierto de un polímero de silicona, cuya finalidad es el tratamiento **temporal** de las obstrucciones del tracto urinario inferior (prostática, uretral o esfinteriana).

**2. ¿Cómo se realiza?:** previamente a la intervención, se realiza un cultivo de orina para valorar necesidad de tratamiento antibiótico. Si presenta estreñimiento puede precisar enema rectal, el día previo a la intervención. Se realiza mediante anestesia (raquianestesia o general), la colocación de una sonda suprapúbica de seguridad. La prótesis uretral se coloca por vía endoscópica bajo visión directa y control radiológico o ecográfico (eco perineal o transrectal). Tras la realización del procedimiento se mantiene la sonda suprapúbica, hasta conseguir la micción por uretra y verificar que el residuo postmiccional es aceptable.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:** los riesgos pueden estar relacionados con la cirugía o con el dispositivo.

- **Frecuentes (más del 10%):** infección tracto urinario (57%), migración de la prótesis (31%) que puede requerir de nuevo intervención para recolocar, calcificación (14%) que suele requerir quirófano para retirar o recambiar.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** intolerancia, generalmente por dolor (6%) que obliga a la retirada del dispositivo. Retención de orina. Lesión uretral. Sangrado durante la cirugía o tras ella que precise la reposición de sangre y realización de procedimientos quirúrgicos adicionales para detener la hemorragia, con posibilidad, excepcional, de muerte. Lesión de vejiga, intestino o nervios que rodean el aparato genital.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** mejoría de la obstrucción del tracto urinario, dependiendo del origen la mejoría será, temporal o definitiva. La tasa de éxitos de estas técnicas es del 80%, depende también de múltiples factores como la causa de la obstrucción, procedimientos previos, etc.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** la obstrucción urinaria afecta de manera muy importante a la calidad de vida, y puede representar un riesgo vital a largo plazo, si hay afectación de la función renal. Caso de no aceptar es probable que su sintomatología persista y puede empeorar con el tiempo.

**6. Alternativas:** existen alternativas tales como sonda vesical permanente (uretral o suprapúbica), cateterismo vesical intermitente. En *obstrucciones funcionales neurógenas* se puede realizar una esfinterotomía (que es una intervención irreversible que provoca incontinencia urinaria permanente). En caso de las *estenosis de uretra*, existen alternativas quirúrgicas (uretroplastia).

**7. Riesgos en función de su situación:** situaciones tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, radioterapia previa, etc. puede aumentar la frecuencia o la gravedad de los riesgos o complicaciones

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

## UROLOGÍA

### IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRAURETRAL

#### 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: \_\_\_\_\_