

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** es un procedimiento que pretende la mejora en la calidad miccional al eliminar la estenosis uretral. La estenosis es una cicatriz en el interior de la uretra que disminuye el calibre de ésta. Puede ser debida a varias causas: congénita (habitualmente presente desde la infancia), infecciosa, traumática o como consecuencia de manipulaciones uretrales previas (sondajes o cirugía a través de la uretra).

**2. ¿Cómo se realiza?:** la realización de esta intervención requiere anestesia general o regional. Se abre la uretra mediante una incisión longitudinal a nivel del periné y se extirpa el segmento uretral enfermo, para finalmente, unir ambos extremos uretrales sanos mediante puntos sin tensión. En algunas situaciones, se ha de reconvertir a un procedimiento donde tengamos que utilizar otros tejidos o materiales (mucosa oral, prepucio, piel del pene, tejido retroauricular). Tras la cirugía deberá llevar una sonda uretral durante 2-3 semanas.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** disminución de la sensibilidad pene, especialmente del glande; Acortamiento del pene; Afectación en la fuerza de la eyaculación y de la calidad de las erecciones; Defectos estéticos por las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales; Intolerancia al material de sutura con necesidad de extracción quirúrgica; Dolor o malestar en la zona de la cicatriz y/o alteración de la sensibilidad.
- **Infrecuentes (menos del 10%):** **no conseguir la mejoría** en la calidad miccional esperada; Incurvación peneana; **Reparación de la estenosis uretral; Dehiscencia de la herida quirúrgica**, que puede necesitar reintervenciones; **Hemorragia incoercible**, tanto durante el acto quirúrgico, como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia dependen 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; La situación puede que no se resuelva, e incluso empeorar, obligando al paciente a llevar **sonda vesical permanente**; e incluso la posibilidad de no poder realizar cirugía prevista; En ocasiones se puede presentar una **incontinencia urinaria** que obligará a uso de absorbentes; **Infección del área quirúrgica** que puede acabar en absceso pélvico o fistulas a piel, cuya resolución, si es posible, se considera compleja; **Perforación de recto** cuyo tratamiento obliga a realizar una intervención distinta consistente en una laparotomía (apertura del abdomen) de consecuencias imprevisibles donde se incluye, aunque remotamente, la posibilidad de muerte. Habitualmente es necesario asociar a la laparotomía la realización de una colostomía (ano artificial) temporal o definitiva; **Tromboembolismos venosos** profundos o pulmonares de gravedad variable

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** permitir vaciado vesical satisfactorio sin la necesidad de dispositivos de derivación. En el mejor de los casos, por la propia naturaleza de la enfermedad, puede que sea necesario, en el futuro, la realización de dilataciones periódicas, y en algunas ocasiones, una nueva intervención quirúrgica.

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** imposibilidad de micción espontánea que obligaría al uso de dispositivos de derivación urinaria permanente. En caso de no aceptar la presente indicación, existe una elevada probabilidad de persistencia o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

**6. Alternativas:** uretrotomía endoscópica, prótesis uretral, dilataciones uretrales periódicas o derivación urinaria permanente con sonda vesical o suprapúbica.

**7. Riesgos en función de su situación:** la toma de **anticoagulantes** (como Sintrom, Apixabán...) o **antiagregantes** (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un **mayor riesgo de sangrado**.

**Recuerde que debe informar 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	CATEGORIA 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: \_\_\_\_\_