

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** es un procedimiento para derivar la orina desde la vejiga a través de un conducto uretral al periné (parte de cuerpo entre al ano y la raíz del escroto) o uretostomía perineal, con la finalidad de mejorar la calidad miccional.
2. **¿Cómo se realiza?:** mediante anestesia general o regional, se realiza una incisión a nivel del periné se crea un colgajo cutáneo. Se identifica el segmento uretral sano y permeable que, una vez abierto, uniremos con el colgajo de piel del periné. Ocasionalmente, este conducto puede exteriorizarse a nivel escrotal. Excepcionalmente, se necesitará el uso de injerto de mucosa oral. Tras la cirugía, deberá llevar una sonda uretral durante al menos de 10 días. Tras la retirada, recuerde que orinará sentado y eyaculará por la uretostomía perineal.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** **Disminución de la sensibilidad** del pene; Afectación en la fuerza de la eyaculación y alteración en la calidad de las erecciones; **Defectos estéticos** por las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales; **Dehiscencia** (separación de las capas) **de la herida** quirúrgica, que puede necesitar reintervenciones; **Intolerancia al material** de sutura con necesidad de extracción quirúrgica.
 - **Infrecuentes (menos del 10%):** **No conseguir la mejoría** en la calidad miccional esperada; **Cierre de la uretostomía perineal** por nueva estenosis; **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; 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 no poder realizar cirugía prevista; En ocasiones el paciente presentará una **incontinencia urinaria** que obligará a uso de absorbentes; **Infección del área quirúrgica** que puede acabar en absceso pélvico o fístulas a piel, cuyo 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 debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, 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	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: _____