

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es la ampliación del calibre uretral cuando este es más estrecho de lo normal debido a varias causas: congénita (habitualmente detectada en la infancia), infecciones, traumatismos o como secuela de cirugía transuretral o por sondajes previos.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza una incisión en la uretra y, usualmente, bajo anestesia general se introduce en la uretra un dispositivo con una cámara de televisión y un pequeño bisturí (uretrotomo) con el que se realiza, bajo visión directa, uno o varios cortes en el segmento uretral estrecho. En ocasiones puede efectuarse el procedimiento con láser. Posteriormente se coloca una sonda durante 7-10 días, que sirve para que la uretra cicatrice correctamente alrededor de la misma.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** A pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:
 - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la uretra, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
 - **Infrecuentes (menos de 10%):** no conseguir la ampliación del segmento uretral o que la estrechez vuelva a producirse; complicaciones locales: infección, sangrado de la uretra; cicatrización anómala con fibrosis; falsa vía uretral con perforación del recto; absceso periuretral; dolor perineal o peneano variable; aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia; retención urinaria transitoria o permanente que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos. Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Corregir la estenosis uretral y la mejoría de los síntomas miccionales.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Dificultad miccional pudiendo desembocar en retención urinaria.
6. **Alternativas:** Observación. Cirugía uretral
7. **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.



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA
URETROTOMÍA INTERNA**

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:

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: _____