

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URETROPLASTIA

Nº Historia:

D./dña.: de años de edad,

Con domicilio en y DNI Nº

D./dña.: de años de edad,

Con domicilio en y DNI Nº

En calidad de de

DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña:, me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una URETROPLASTIA.

1.- Mediante 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). Además comprendo que en el mejor de los casos, por la propia naturaleza de la enfermedad, puede ser necesario realizar dilataciones uretrales periódicas (y en algunos casos otras intervenciones).

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- Mediante esta técnica se trata la estenosis de 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 o como secuela de la cirugía transuretral previa o sondajes.

La técnica consiste en apertura de la uretra a nivel del pene o periné, con escisión del segmento que presenta la estenosis. Dependiendo de la localización y longitud de la estenosis se puede realizar la reconstrucción en un solo tiempo o bien puede ser preciso dejar la uretra abierta para facilitar su regeneración procediendo a la reconstrucción definitiva en un segundo tiempo. En esta reconstrucción es preciso a veces utilizar otros tejidos o materiales.

Sé que la realización de esta intervención requiere de anestesia regional o general y que tras la cirugía deberé llevar sonda uretral durante un tiempo, incluso seré dado de alta con ella durante unos días, dependiendo del tipo de intervención.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como 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 que puede estar indicado el proceder a la realización de un meato perineal permanente; incontinencia urinaria que puede ser total y permanente, parcial y permanente, total y temporal o parcial y temporal; 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 necesitará la práctica urgente y necesaria de otra intervención distinta); hemorragia incoercible, 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; 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 (anoartificial) temporal o definitiva; impotencia total o parcial; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas y cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- 5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....
..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....
.....

- 6.- El médico me ha explicado que otras alternativas son la uretrotomía endoscópica, la prótesis y las dilataciones periódicas, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la uretroplastia

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la URETROPLASTIA.

En, a

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

con domicilio en y D.N.I. nº

en calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico Fdo: El Paciente Fdo: El representante legal, familiar o allegado