

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URETROTOMÍA ENDOSCÓPICA

Nº Historia:

D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI N°

D./dña.: de años de edad,
Con domicilio en y DNI N°
En calidad de de

DECLARO

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

1.- Mediante este procedimiento se pretende la mejora de la calidad miccional y la supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.

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, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- Mediante esta técnica se extirpa totalmente la estenosis de uretra. La estenosis es una cicatriz en el interior de la uretra que disminuye el calibre de ésta y que puede ser debida a varias causas: congénita (habitualmente detectada en la infancia), infecciones, traumatismos o como secuela de cirugía transuretral previa a sondajes.

Sé que la realización de esta intervención requiere de anestesia local, regional o, en escasas ocasiones, general y que la técnica se realiza introduciendo un aparato de endoscopia (uretrotomo) por la uretra con un cuchillete que va a permitir seccionar la zona de estenosis.

El médico me ha explicado que tras la intervención podría ser preciso mantener una sonda uretral durante un periodo variable, y que para mantener el calibre de la uretra, tras la retirada de la sonda, puede ser necesario realizar dilataciones de uretra (sondaje con sondas de calibre progresivamente mayor).

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 mejora 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; 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 un absceso (de suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente 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; perforación de otros órganos (recto); 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 uretroplastia abierta y las prótesis, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la uretrotomía endoscópica

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 URETROTOMÍA ENDOSCÓPICA.

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