

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URETROTOMIA ENDOSCOPICA

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I. nº

DECLARO

Que el Dr./Dra, interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una URETROTOMIA ENDOSCOPICA, por padecer

I. Es una intervención para el tratamiento de la *estenosis de uretra*. La estenosis es una cicatriz en el interior de la uretra que disminuye el calibre de esta. Puede ser debida a varias causas: congénita (habitualmente detectada en la infancia), infecciones, traumatismos o como secuela de cirugía transuretral previa a sondajes.

La realización de esta intervención requiere de anestesia regional o, en escasas ocasiones, general.

La técnica se realiza introduciendo un aparato de endoscopia (uretrotomo) por la uretra con un cuchillete que nos va a permitir seccionar la zona de estenosis.

Tras la intervención es preciso mantener una sonda uretral durante un periodo habitualmente de 3 semanas. Para mantener el calibre de la uretra se realizan, tras la retirada de la sonda, dilataciones de uretra (sondaje con sondas de calibre progresivamente mayor).

II. DE DICHA INTERVENCIÓN SE ESPERAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS:

- A.** Mejora de la calidad miccional.
- B.** Supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.

III. DE DICHA INTERVENCIÓN ES POSIBLE PERO NO FRECUENTE ESPERAR LOS SIGUIENTES EFECTOS SECUNDARIOS O COMPLICACIONES:

- A.** No conseguir mejora en la calidad miccional.
- B.** No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
- C.** Desarrollo de una nueva estenosis uretral que requerirá tratamientos posteriores.
- D.** Incontinencia urinaria que puede ser: parcial y temporal; parcial y permanente; total y temporal; total y permanente.
- E.** 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.
- F.** Hemorragia de distinta intensidad, pudiendo llegar aunque es infrecuente a incoercible, tanto *durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio*. Las consecuencias de dicha hemorragia pueden ser 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.
- G.** 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.

IV. ALTERNATIVAS

Uretroplastia abierta. Prótesis.

V. ANESTESIA

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

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.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los extremos anteriores, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de **URETROTOMIA ENDOSCOPICA.**

En Valencia de de 20 ..

Firma paciente

Firma Testigo

Firma Facultativo

(familiar o representante,
en caso de incapacidad)

D.N.I.:

Fdo:

Fdo:

Fdo:

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

(Nombre y dos apellidos)

REVOCACIÓN

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con



domicilio en D.N.I.º

Revoco el consentimiento prestado en fecha, que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente	Firma Testigo	Firma Facultativo
(familiar o representante, en caso de incapacidad)	D.N.I.:	

Fdo:	Fdo:	Fdo:
(Nombre y dos apellidos)	(Nombre y dos apellidos)	(Nombre y dos apellidos)

DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª como paciente (o representante del paciente D/Dª), de años de edad, con domicilio en D.N.I.º

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia de de 200 .

Firma paciente	Firma Testigo	Firma Facultativo
(familiar o representante, en caso de incapacidad)	D.N.I.:	

Fdo:	Fdo:	Fdo:
(Nombre y dos apellidos)	(Nombre y dos apellidos)	(Nombre y dos apellidos)