

<b>SERVICIO:</b>		<b>Nº Historia Clínica:</b>	
<b>Unidad:</b>		<b>Nombre Paciente:</b>	
<b>Habitación:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE URETROTOMÍA ENDOSCÓPICA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

\*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

<b>DESEO QUE LA INFORMACIÓN</b> de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO" para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
<b>NOMBRE APELLIDOS (Paciente)</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>

### IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

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 ésta.

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 sonda, dilataciones de uretra (sondaje con sondas de calibre progresivamente mayor).

### OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del proceso.

### ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Uretroplastia abierta. Prótesis.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

- Mejora en la calidad miccional.
- Supresión de la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.

### CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

### RIESGOS FRECUENTES

- No conseguir mejorar en la calidad miccional.
- No poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
- Desarrollo de una nueva estenosis uretral que requerirá tratamientos posteriores.
- Incontinencia urinaria que puede ser:
  - Total y permanente.
  - Parcial y permanente.
  - Total y temporal.
  - Parcial y temporal.
- Perforación de uretra durante el acto quirúrgico, que provoque extravasación del líquido de irrigación hacia las

**C. INFORMADO DE URETROTOMÍA ENDOSCÓPICA**

estructuras periuretrales, con la posibilidad de formación de un absceso. De suceder esta complicación se necesitaría la práctica urgente de otra intervención distinta.

6. Hemorragia 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.

7. Perforación de otros órganos, (recto).

**RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS**

**RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES**

**CONTRAINDICACIONES**

<b>PACIENTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>NOMBRE / APELLIDOS</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE</b>			
D/D <sup>a</sup>			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
<b>TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>MÉDICO RESPONSABLE DR D/D<sup>a</sup></b>			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
<b>MÉDICO RESPONSABLE</b>	<b>DNI</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>