

URETROTOMIA ENDOSCOPICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION GENERAL

La uretrotomía endoscópica es una intervención para el tratamiento de la estenosis de uretra que pretende mejorar la calidad miccional y suprimir la sonda vesical permanente si fuera portador de ella. 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.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA URETROTOMIA ENDOSCOPICA

La técnica se realiza introduciendo un aparato de endoscopia (uretrotomo) por la uretra con un cuchillito que permite seccionar la zona de estenosis.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Tras la intervención es preciso mantener una sonda uretral durante un periodo habitualmente de tres 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).

RIESGOS DE LA URETROTOMIA ENDOSCÓPICA

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir mejora 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 estructuras periuretrales, con la posibilidad de formación de un absceso.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio.
- Perforación de otros órganos (recto).
- Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares.
- Hemorragias digestivas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas son la uretroplastia abierta y las prótesis, pero en su caso la mejor alternativa terapéutica es la uretrotomía endoscópica.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Consentimiento

Yo, Sr./a. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una **URETROTOMIA ENDOSCOPICA**.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En la Ciudad de _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

CÉD. NO. :
M.N./M.P.:

PACIENTE

CÉD. NO. :

MEDICO

Dr.:

REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.
NO. :

Denegación o Revocación

Yo, Sr./a. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (fáchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En la Ciudad de _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

CÉD. NO. :
M.N./M.P.:

PACIENTE

CÉD. NO. :

MEDICO

Dr.:

REPRESENTANTE LEGAL

CÉD.
NO. :