

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE:

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____

(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA URETROPLASTIA

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante esta técnica se trata la estrechez (estenosis) de la uretra.

Se pretende ampliar el calibre uretral hasta la normalidad y reestablecer un flujo miccional adecuado y satisfactorio, facilitando el vaciado de la vejiga y tratando de evitar las complicaciones (infecciones, litiasis, deterioro de la función renal,...) que la obstrucción crónica puede llegar a producir.

Si se es portador de sonda permanente se pretende que sea posible su retirada.

CÓMO SE REALIZA

La técnica consiste en apertura de la uretra a nivel del pene o periné, con escisión del segmento que presenta la estrechez. 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.

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible, aunque infrecuente, que sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto. Después de la intervención llevará sonda y/o cistostomía, que pueden mantenerse incluso tras el alta hospitalaria.

Es normal que presente dolor, generalmente moderado, en la zona intervenida los primeros días.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Al eliminar la estrechez de la uretra, se disminuirán o eliminarán los síntomas que le produce esta obstrucción. Se establecerá la normal eliminación de la orina y se evitarán posibles complicaciones como infecciones, cálculos urinarios o deterioro de la función del riñón.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

• LOS MÁS FRECUENTES:

- Desarrollo de una nueva estrechez (estenosis) uretral que deberá ser tratada nuevamente.
- Infección de la vía urinaria

• LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

- No conseguir mejoría en la calidad miccional o no poder retirar la sonda vesical permanente si fuera portador de ella.
- Necrosis de los colgajos utilizados, con fracaso de la técnica.
- Incontinencia urinaria en sus diferentes grados, dependiendo de la localización de la estrechez (estenosis).
- Disfunción sexual (impotencia)
- Perforación de recto cuyo tratamiento puede obligar a realizar otra intervención quirúrgica.
- Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida
- Hemorragia tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida. Pudiendo precisar la utilización de sangre y hemoderivados.

- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles, aunque se tomen medidas preventivas.
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura -apertura-, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias -dolores nerviosos-, hiperestesias - aumento de la sensibilidad- o hipoestesias -disminución de la sensibilidad-).
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, que puede conllevar un riesgo para su vida.

OTROS MOTIVOS POR LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Podría ser necesario tomar muestra para biopsia u otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento	
Apoderado: _____	Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION	
_____	_____
Firma Paciente o apoderado	Firma Médico