



**Consentimiento Informado –  
Urología Adulto**

## **Consentimiento Informado Para Uretrotomía Interna**

## Consentimiento Informado Para Uretrotomía Interna

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento: .....Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: .....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente efectuar una  
**URETROTOMIA INTERNA** como forma de tratamiento de mi **ESTRECHEZ DE URETRA**.

## INFORMACIÓN

La Uretrotomía Interna es una intervención quirúrgica para el tratamiento de la estenosis de uretra (estrechez de la uretra). La estenosis uretral es un proceso cicatricial exagerado que predispone a la disminución del calibre del chorro miccional, llegando incluso a la imposibilidad de orinar.

Mediante este procedimiento se pretende mejorar la calidad del chorro miccional y suprimir la sonda de cistotomía (si fuese portador de ella).

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia general o regional, de cuyos riesgos me informará el anestesiólogo.

La Uretrotomía interna, consiste en la introducción por la uretra de un instrumento llamado uretrótomo, con el cual se realiza un corte en la zona estrecha de la uretra, ampliando su diámetro. Se puede utilizar un cuchillo (Uretrotomía fría) o un láser (Uretrotomía con láser). En esta operación es normal la pérdida leve a moderada de sangre. Terminada la cirugía se coloca una sonda vesical la cual deberá permanecer por un período de tiempo variable, según la complejidad de la cirugía y la extensión de la estrechez.

También es posible que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento debido a los hallazgos intraoperatorios y con el objeto de proporcionar un tratamiento más adecuado, pudiendo ser necesario realizar procedimientos quirúrgicos adicionales que no estaban previamente planificados. En algunos casos, puede no ser posible franquear la estenosis de la uretra, requiriendo dejar una sonda directamente a la vejiga que se instala atravesando la pared abdominal baja (cistotomía) y que puede ser transitoria o definitiva en casos extremos.

El postoperatorio normal contempla de 1 a 3 días de hospitalización. Una vez retirada la sonda vesical, si logra orinar, inicialmente lo hará con pequeños trastornos (urgencia miccional, ardor/dolor, chorro en regadera, orinar con un poco de sangre o con coágulos e incluso el escape leve de orina) que irán desapareciendo lentamente con el transcurso de los días. Pero es posible la persistencia del trastorno de la micción a pesar de la corrección quirúrgica de la obstrucción generada por la estenosis.

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. Puede ocurrir que no se consiga la mejora de la calidad miccional o que no se pueda retirar la sonda de cistotomía permanente, y pueden aparecer, con mayor o menor frecuencia, complicaciones como el desarrollo de una incontinencia urinaria, dependiendo de la localización de la estrechez y que puede ir desde parcial y temporal hasta total (poco frecuente, sin embargo su frecuencia varía según la causa y localización de la zona estrecha). Hemorragia incoercible (< 1% de los casos) tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que se necesite, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados. Aparición de fístulas permanentes o temporales (< 1%). Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar (infrecuente).

La estenosis de uretra es una enfermedad crónica recidivante, que puede requerir de varios procedimientos quirúrgicos en la vida con probabilidades de reproducir la estrechez que pueden llegar hasta el 80% de los casos según sean las condiciones particulares del paciente.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir de una nueva intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad (muy infrecuente, < 1%).

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 vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc.) puede Aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

Ningún procedimiento invasivo está totalmente exento de riesgos o complicaciones importantes, incluyendo el de mortalidad, aunque esta posibilidad es muy infrecuente (inferior a 1%).

El médico me ha explicado que las alternativas son la colocación de una sonda de cistotomía, la cirugía abierta de la uretra con o sin injertos de mucosa bucal y otros tipos de cirugías, pero que en mi caso la solución más adecuada es la Uretrotomía interna.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

#### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO que se me realice una**

**URETROTOMIA INTERNA como forma de tratamiento de mi ESTRECHEZ DE URETRA.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).