



## 1. Identificación y descripción del procedimiento

Consiste en una pequeña intervención para colocar la prótesis en la zona de estenosis de la uretra y solucionar el problema de dificultad o imposibilidad para orinar. Se realiza con un aparato de endoscopia o radiológicamente a través de la uretra, bajo anestesia local o regional.

Este tipo de intervención está especialmente indicado en determinados enfermos con obstrucción urinaria por estenosis de uretra que fueron sometidos a otros tratamientos sin éxito.

La prótesis es una malla cilíndrica de un material biocompatible que una vez implantada en la zona de la estenosis, se expande, ampliando el calibre de la uretra estrecha y se incorpora progresivamente el tejido de la propia uretra o bien es transitoria, para facilitar la cicatrización de una apertura quirúrgica de la uretra (uretrotomía).

El postoperatorio es corto.

## 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

La normalización de la micción.

Restituir la luz uretral mediante la implatación de prótesis.

## 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Existen otras alternativas como la uretroplastia, la uretrotomía endoscópica o la dilatación uretral.

## 4. Consecuencias previsibles de su realización

Las ya mencionadas en los apartados uno y dos de este documento.

## 5. Consecuencias previsibles de su no realización

En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

## 6. Riesgos

De dicha intervención es posible pero no frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- No conseguir mejoría en la calidad miccional. No conseguir implantar la prótesis.
- Sintomatología de dolor y escozor al orinar, con aumento de frecuencia, que suele durar unos días.
- Durante el acto quirúrgico pueden producirse hemorragias así como hematomas y edemas.
- Intolerancia a la prótesis o movilización de la misma, lo que implicará en la mayoría de los casos su retirada.
- Obstrucción de la luz de la prótesis por la presencia de cálculos o por crecimiento del tejido uretral, que puede requerir nueva cirugía.
- Infección de la prótesis que llevaría a su retirada y con riesgo de infección generalizada.
- Dolor perineal/peneano durante la erección y/o eyaculación.

## 7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

## 9. Declaración de consentimiento

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... , DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) ..... , con DNI .....

Declaro:

Que el Doctor/a ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de .....

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo.: Don / doña ..... DNI .....

Fdo.: Dr/a ..... DNI .....

Colegiado nº: .....

## 10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... de ..... de 2 ..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....

