



Consiste en introducir un tubo (catéter-balón) para llegar con él a una zona de su uretra que está estrecha, y una vez allí, dilatarla hasta aumentar su calibre permitiendo un paso adecuado de orina.

El procedimiento lo realizaremos por vía retrógrada a través de la uretra.

Esta intervención se realiza con analgesia y a veces con sedación y tiene una duración aproximada de 60 minutos.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

### **ALTERNATIVAS**

En la actualidad, la alternativa es la intervención quirúrgica.

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.**

#### **Por la técnica que estamos realizando:**

- Imposibilidad de franquear la lesión y por lo tanto no poder dilatarla.
- No siempre la dilatación resulta efectiva, ya que a veces, la estenosis se reproduce incluso inmediatamente tras la dilatación.
- Perforación o rotura de la uretra, lo que obliga a mantener un catéter hasta que se solucione.
- Lesión de los vasos sanguíneos con hemorragia.
- Infección urinaria o general (sepsis)

#### **Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento**

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las **medidas adecuadas para intentar solucionarlos.**

### **RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.**

.....

### **OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES**

Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico que le pidió la prueba o al personal de Radiodiagnóstico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.



**DECLARO**

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de DILATACIÓN URETRAL y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

**EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION**

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D. /Dña.

DNI

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)

Firma

---

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

D./Dña. (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ y DNI nº \_\_\_\_\_ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) \_\_\_\_\_ de (Nombre y dos apellidos del paciente) \_\_\_\_\_ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha \_\_\_\_\_, para la realización de \_\_\_\_\_ y ( ) deseo/ ( ) no deseo proseguir el tratamiento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo. Dr/a: \_\_\_\_\_