

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CATÉTER URETERAL O DOBLE J

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se coloca un catéter externo (catéter ureteral), o interno (catéter doble J) en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga).

La técnica se realiza por vía endoscópica, combinada en ocasiones con control radiológico y se suele hacer de forma ambulatoria, generalmente con anestesia local (gel anestésico en uretra) o con sedación.

También se puede hacer por vía percutánea, a través de la punción del riñón y control radiológico, bajo anestesia local o sedación, aunque en ocasiones ambas técnicas se realizan con anestesia regional o general.

El catéter se coloca de forma temporal y se retira con una técnica similar a la de la colocación cuando se ha solucionado el problema.

La finalidad de la técnica es drenar la orina retenida en el riñón debido a una obstrucción del uréter y/o lesión del mismo.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a otros procedimientos y pueden afectar a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos son:

Riesgos frecuentes:

- Infección de orina leve.
- Hematuria (sangre en la orina) leve.
- Síndrome irritativo miccional (al orinar).

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Perforación del uréter o lesión del meato ureteral con riesgo de sangrado y/o extravasación (salida) de orina a otra cavidad.
- Síndrome de reabsorción líquida, por el paso del líquido de irrigación a la sangre.
- Hematuria (sangre en la orina) intensa.
- Estenosis (estrechez) en los uréteres.
- Sepsis urinaria (infección de orina grave).
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Otros riesgos son:

- No poder colocar el catéter, lo que obligará a realizar otros tratamientos.
- Sangrado durante la intervención o tras ella.
- Reacción alérgica, intolerancia o alteración de la función renal por el contraste administrado.

- El empleo de rayos X puede originar efectos adversos en el organismo, incluido un riesgo muy bajo de producir cáncer. Los beneficios de la prueba son mayores que estos efectos y en cualquier caso se utilizará la dosis mínima necesaria para completar el objetivo de la intervención.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (*señalar lo que proceda*)

<input type="checkbox"/> No tiene	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Edad Avanzada	<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Tratamiento anticoagulante
<input type="checkbox"/> puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.			

Informe a su médico si está embarazada o sospecha que pueda estarlo, así como si está en periodo de lactancia, si es alérgico al contraste o tiene insuficiencia renal. De estar presentes deben ser consideradas según las características del paciente y el beneficio/riesgo de la técnica a realizar.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía abierta.
- Drenaje percutáneo del riñón (a través de la piel).

AUTORIZACIÓN PARA "CATÉTER URETERAL O DOBLE J"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.^a , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: