

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CORRECCIÓN DE REFLUJO VESICO-URETERAL MEDIANTE ENDOSCOPIA**

### **EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE**

El reflujo vesicoureteral es el flujo anómalo de orina que retrocede desde la vejiga y asciende hasta los uréteres o los riñones, por una anomalía de la unión ureterovesical.

La intervención consiste en introducir por la uretra un tubo conectado a una cámara y acceder al o a los orificios ureterales afectados para disminuir su tamaño. Se hace inyectando en ellos un material sintético, bien tolerado por el organismo, impidiendo el reflujo de la orina hacia el uréter, para así permitir el paso normal de la orina desde el uréter hasta la vejiga.

La finalidad de la técnica es crear un nuevo sistema valvular que impida el reflujo de orina desde la vejiga hacia el uréter.

### **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 toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

Riesgos más frecuentes:

- Infección de orina.
- Sangrado mínimo después de la intervención.
- Molestias en la vejiga.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sepsis (infección general).
- Lesiones de la vejiga.
- Imposibilidad de orinar, que precise una sonda.
- Dolor durante el coito.
- Urgencia urinaria.
- Inflamación de los nervios cercanos (neurinomas).
- Infección de la herida quirúrgica.
- Cicatrización anómala.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

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)*

- No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión
- Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

**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.
- Tratamiento médico.

**AUTORIZACIÓN PARA “CORRECCIÓN DE REFLUJO VESICO-URETERAL MEDIANTE ENDOSCOPIA”**

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



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Urología*

---

**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: