

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA URETERORRENOSCOPIA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante esta técnica se explora y/o se trata los hallazgos en el uréter y en ocasiones la pelvis renal y los cálculos renales. Se realiza introduciendo por la uretra un ureteroscopio (un tubo fino con una cámara en la punta), semirrígido o flexible y se asciende por el uréter visualizando la vía urinaria, de forma habitual se utilizan rayos X y contrastes yodados.

Al terminar puede ser necesario la colocación de un catéter en el uréter que se mantendrá un tiempo variable. A veces se usa una sonda vesical, que se retira al cabo de unas horas.

La finalidad de la técnica es:

- Fragmentar o extraer los cálculos urinarios.
- Retirar catéteres del tracto urinario superior.
- Extirpar o coagular un tumor del uréter o del riñón.
- Resolver una estenosis (estrechez) del uréter.
- Llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad pieloureteral o de la hematuria (sangre en la orina).
- Mejorar los síntomas y evitar las posibles complicaciones.

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 frecuentes:

- Infección de orina, por lo general leve.
- Sangrado por la orina, no muy intenso.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Desinserción (desconexión) del uréter y la vejiga.
- Perforación ureteral, con extravasación (salida del líquido de irrigación) y sus complicaciones (reabsorción, absceso, fibrosis y estenosis).
- Perforación de órganos (como la vejiga) o vasos de calibre importante.
- Estenosis (estrechez) de la uretra o del uréter.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Otros riesgos son:

- No poder realizar la ureterorrenoscopia (por estrechez de la uretra o los uréteres, hemorragia, etc.).
- Cólico renal por fragmentos de litiasis, coágulos de sangre o edema de la mucosa.
- Septicemia (infección general).

- 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)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

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

CONTRAINDICACIONES

- Septicemia (infección general).

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

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

- Cirugía abierta.
- Cirugía por laparoscopia (asistido o no por robot).
- Litotricia por ondas de choque.

AUTORIZACIÓN PARA "URETERORRENOSCOPIA"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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.



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

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

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: