

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 cálices 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, parent/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.

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: