

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DILATACIÓN URETERAL

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

El procedimiento consiste en realizar una dilatación del uréter (conducto que sale del riñón y lleva la orina hasta la vejiga). Se introduce un tubo (catéter-balón) a través de un catéter colocado previamente en el riñón (nefrostomía percutánea) o bien por vía retrógrada a través de la uretra, para dilatarlo y aumentar su calibre permitiendo un paso adecuado de orina.

Posteriormente se deja puesto un catéter de nefrostomía (tubo externo) y en ocasiones un catéter doble J interno. Todo ello guiado con una técnica de rayos X y contraste radiológico, para una mayor precisión.

Cabe la posibilidad de que durante la técnica haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos durante la misma, para proporcionarle el tratamiento más adecuado.

Será el Servicio de Anestesia el que valore y decida el tipo de anestesia o sedación, más adecuado en su caso.

La finalidad de esta técnica es dilatar el uréter estrechado, para que la orina no se acumule en el riñón y evitar así dolor, infección y la pérdida progresiva de la función renal.

### 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 y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos del procedimiento son:

- Imposibilidad de acceder a la estenosis y por lo tanto no poder dilatarla.
- Desplazamiento del catéter.
- Malposición del catéter.
- Perforación ureteral.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una embolización o una transfusión de sangre o sus derivados.
- Infección urinaria.
- Infección generalizada (sepsis).
- Rotura de instrumentos (guías, catéteres, etc.), quedando restos en el interior de la vía, necesitando su extracción.
- Pérdida transitoria o definitiva de la función del riñón.
- 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.
- 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.

*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:

- Nefrostomía percutánea permanente.
- Intervención quirúrgica.

### AUTORIZACIÓN PARA “ DILATACIÓN URETERAL “

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<sup>a</sup>. , 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:



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

ÁREA DE SALUD

*Servicio de Radiología*

---

**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: