

## 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)*

- 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:

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

### AUTORIZACIÓN PARA "CATÉTER URETERAL O DOBLE J"

Yo, D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, 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 Radiología

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: