



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. Qué es la ureterorrenoscopia: consiste en ver la vía urinaria por dentro (uréter y en ocasiones la pelvis renal y los cálices renales) con la ayuda de un aparato llamado ureterorrenoscopio; es un tubo fino con una cámara en la punta.

Mediante este procedimiento se pretende alguno de los siguientes objetivos: ver la vía urinaria por dentro, fragmentar o extraer los cálculos urinarios por vía endoscópica, retirar catéteres del tracto urinario superior, extirpar o coagular un tumor del uréter o riñón, resolver una estenosis ureteral y, en ocasiones, llegar a un diagnóstico preciso de la enfermedad pieloureteral o de la hematuria (sangre en orina).

2. Cómo se realiza: La técnica se realiza introduciendo por la uretra el endoscopio y ascendiéndolo por la luz del uréter para el diagnóstico o para el tratamiento de su enfermedad.

Durante el proceso puede requerir sedo-analgésia, anestesia regional o anestesia general, y es posible, que durante o después de la intervención, sea necesaria la administración **de sangre y/o hemoderivados**.

Habitualmente se utiliza exploración con Rayos-X y contrastes yodados y puede ser necesario colocar un catéter en el uréter que se mantendrá por un periodo de tiempo variable tras la cirugía.

El postoperatorio de este procedimiento suele ser corto. En el postoperatorio inmediato puede ser necesaria la utilización de analgésicos y antibióticos. En algunas ocasiones se utiliza una sonda vesical, que se retira en las primeras horas tras la finalización de la cirugía.

3. Cuáles son sus riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención como otros específicos del procedimiento como son:

- **Riesgos más frecuentes y leves (por debajo del 10%):** imposibilidad de realizar la técnica por calibre reducido del uréter, demorando el procedimiento a un segundo tiempo (< 10%), infección urinaria (1%), hematuria o sangrado urinario leve (0,4-1,4%), perforación ureteral leve o de la mucosa (1%), fiebre postoperatoria (1,8%) y necesidad de retratamiento (2,2%). También pueden aparecer dolor cólico postoperatorio y estrechamientos tardíos del uréter en un porcentaje que oscila entre el 0-4%.
- **Riesgos más graves e infrecuentes (por debajo del 0,5%):** perforación completa, desinserción o rotura completa del uréter (<0,1%), extravasación de líquido de irrigación con dolor abdominal (0,04%), perforación de órganos o vasos de calibre importante (<0,04%), muerte por complicaciones derivadas de la técnica, especialmente, infección generalizada o sepsis urinaria (0,04%).

Estas complicaciones, habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Un mejor diagnóstico y la posibilidad de seleccionar el tratamiento más adecuado, con lo que mejoraría su situación clínica.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

Se dificultará el diagnóstico y la posible inadecuación del tratamiento con lo que es posible que no mejore su situación clínica.

6. Alternativas terapéuticas

Otras alternativas son la cirugía abierta, la nefrolitotomía percutánea, la cirugía laparoscópica y la litotricia extracorpórea por ondas de choque, pero que en su caso, la mejor opción es la URETERORRENOSCOPIA.

7. Riesgos en función de la situación clínica del/la paciente

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer dada su situación clínica y sus circunstancias personales como posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, o cualquier otra circunstancia puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones

8. DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____, de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta

Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo al Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en los que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.