

Consentimiento Informado Ureterolitotomía Endoscópica

1. Identificación y descripción del procedimiento.

La ureterolitotomía endoscópica consiste en la extracción de cálculos urinarios localizados en el uréter, mediante técnica quirúrgica endoscópica, es decir, mediante la introducción de un lente a través del meato uretral (orificio por donde sale la orina), y la posterior extracción de la piedra (cálculo). Esto se realiza cuando no se consigue la expulsión mediante métodos no invasivos. Se realiza con anestesia general.

2. Objetivo del procedimiento.

Eliminar (extraer) los cálculos situados en el uréter, resolviendo así el problema de la obstrucción.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Cirugía abierta, cirugía laparoscópica, nefrectomía.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Las ya descritas en el primer y segundo apartado

5. Consecuencias previsibles de su NO REALIZACION:

En su situación actual, su urólogo tratante considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es el último término libre de aceptarla o no.

En caso de NO aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

6. Riesgos:

De dicha intervención es posible pero NO frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones.

- Imposibilidad de realizar la intervención programada por causas diversas (en especial por infección de la vía urinaria que comprometa el estado general del paciente; por enfermedades de base o por deterioro del estado general que se haya producido como consecuencia de la presencia del cálculo en la vía urinaria.)

- Por complicaciones del procedimiento puede ser necesario finalizar la intervención con la extirpación del riñón, o incluso, para evitar esto, con una derivación cutánea de la orina.
- Lesión del uréter que requiera solución inmediata mediante la colocación temporal de un catéter ureteral hasta la cirugía abierta.
- Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que impida continuar con la cirugía o que requiera transfusión.
- Fibrosis reactivas y estenosis (estrechez de la uretra o del uréter)
- Fístulas urinarias, con salida de orina por orificios ajenos a la vía urinaria en forma temporal o permanente.
- Complicaciones anestésicas que serán informadas por el servicio de anestesia.

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

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico es mayor.

Declaración de consentimiento

El señor/ la señora de años de edad, con domicilio en y con identificación..... número..... El señor/ la señora de años de edad, con domicilio en y con identificación..... número..... en calidad de (representante legal, familiar oa llegado del paciente).....

Declaro:

Que el Doctor/a: Urólogo de la Unidad de Urología del me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación actual la realización dey que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

Firmado en la ciudad de Bogotá a los Días del mes de..... Del año 2...

Paciente..... CC:.....

Doctor CC:.....

Revocación del Consentimiento:

Revoco el consentimiento prestado en fecha..... De De 2..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

Ena.....de.....de 2.....

Firma el médico..... Registro médico.....

Firma el Paciente:..... CC: