

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento mediante el cual se intenta reparar la existencia de una complicación de la vía urinaria (uréter) consistente en la fuga de orina debida a una necrosis (pérdida) del tejido ureteral por diversas causas (isquemia, quemadura, ligadura o fibrosis ureteral), habitualmente drenada por vagina.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general se cierra el orificio en el uréter y se reconstruye la vía urinaria con reimplantación (por vía abierta o laparoscópica) del uréter a la vejiga o la sección y nueva anastomosis (comunicaciones) ureterales. Cuando no es posible un reimplante directo se utilizarán técnicas de aproximación de tejidos usando, preferentemente, fragmentos de vejiga o de intestino delgado. En algunos casos puede ser imposible la reconstrucción de la vía urinaria por necrosis (pérdida) masiva de los tejidos, siendo necesario mantener la nefrostomía percutánea (derivación externa) a permanencia. Suele requerir un drenaje y una sonda vesical durante varios días tras la cirugía. En los casos en que se coloca un catéter ureteral interno (doble J) éste se retirará, mediante cistoscopia, tras unas semanas
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
 - **Frecuentes (más del 10%):** infección urinaria, hematuria, dolor en la incisión.
 - **Infrecuentes (menos de 10%): que no se pueda realizar el procedimiento con persistencia de la fístula**, incluso con necesidad de extirpar el riñón por las complicaciones asociadas; **recidiva** (reaparición) **precoz o tardía de la fístula**; complicaciones **alérgicas** a los medicamentos utilizados; **hemorragia** incoercible que precise de derivados sanguíneos; complicaciones **abdominales** (parálisis intestinal, perforación, obstrucción, peritonitis); complicaciones **de la herida quirúrgica** (infección, dehiscencia de sutura, eventración (hernia de la herida fístulas o defectos estéticos); complicaciones **neurológicas** como dolores neurales o disminución de la sensibilidad o limitaciones en la movilidad de la extremidad inferior del lado afecto; complicaciones **miccionales** como dificultad miccional o retención urinaria; **lesiones vasculares o linfáticas**; **trombosis** venosa o tromboembolismos pulmonares.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La resolución del problema previo en la vía urinaria.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistencia de la fuga urinaria, desfuncionalización vesical, problemas renales, infecciones urinarias, maceración genital, escarificación y necesidad de drenaje externo (nefrostomía).
6. **Alternativas:** Sonda vesical o ureteral y esperar su cierre espontáneo, muy poco frecuente. Absorbentes desechables para la incontinencia urinaria. Necesidad de drenaje externo o interno permanentes.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Debe advertir a los profesionales sanitarios de sus alergias.

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: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____