

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es un tratamiento mínimamente invasivo del reflujo vésico-ureteral mediante la disminución del tamaño del meato ureteral correspondiente utilizando diferentes agentes biocompatibles que coaptará (restituirán) el orificio ureteral permitiendo un adecuado cierre de la mucosa de la zona con mejoría o curación del reflujo de orina.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza mediante la inyección intravesical (dentro de la vejiga) alrededor del meato ureteral, con reflujo, de agentes inertes (materiales biocompatibles).
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, sangrado mínimo postoperatorio, molestias vesicales.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** **Sangrado** durante la cirugía o tras ella que precise la reposición de sangre y la realización de procedimientos quirúrgicos adicionales. **Lesiones de la vejiga, imposibilidad de orinar o micción dificultosa** tras la cirugía que precise de sondaje permanente o intermitente; **intolerancia al material utilizado, coito doloroso, dolor en el pubis; hiperactividad vesical** que provoca urgencia miccional y que requiere medicación para su mejoría. **Reacciones inflamatorias** de los nervios adyacentes (neurinomas).
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La mejoría o curación del reflujo vésico-ureteral. El índice de éxitos con estas técnicas es del 90% a 1 año aunque decrece con el tiempo dependiendo de múltiples factores como la edad, peso, gravedad del reflujo, etc.  

Este tipo de cirugía presenta una gravedad moderada y puede ser realizada, según circunstancias, mediante anestesia regional o general. Lo habitual es que se realice de modo ambulatorio de tal manera que el/la paciente sea dado/a de alta (salvo indicación contraria) el mismo día de la cirugía.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** El reflujo puede afectar la función del riñón correspondiente y facilitar las infecciones urinarias de repetición.
6. **Alternativas:** Cirugía abierta con re inserción (recolocación) del uréter afecto.
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. La presencia previa de infección urinaria puede favorecer las complicaciones posteriores. **Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias** medicamentosas, **alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones** actuales.



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA**  
**INYECCIÓN DE AGENTES INERTES PARA EL REFLUJO**  
**VÉSICO - URETRAL**

**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: \_\_\_\_\_