

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento por medio del cual, utilizando un endoscopio se recambia un catéter (tubo hueco) interno en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga). Está indicado para el recambio de un catéter por otro nuevo, para evitar su deterioro, disfuncionalidad y calcificación.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se realiza habitualmente en régimen ambulatorio y con anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias y las hace totalmente tolerables.

Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección. Una vez preparado **se introduce un endoscopio** (tubo flexible o semirrígido con cámara de video incorporada) por la uretra hasta llegar a la vejiga. Se extrae el catéter que lleva y se inserta uno nuevo. Se extrae el endoscopio y finaliza la técnica.

Si usted ha sido diagnosticado/a de una obstrucción crónica de la vía urinaria alta, esta recambio puede **ser que tenga que realizarse de manera repetida** (cada 6-12 meses o antes en caso de calcificación o movilización). Con este documento usted consiente y autoriza la realización de estos procedimientos necesarios para su seguimiento sin necesidad de firmar más consentimientos específicos para cada uno de los recambios de catéter doble J que sean necesarios durante su seguimiento. Durante la exploración es posible sentir un cierto grado de molestia o escozor derivado de la introducción del endoscopio pero, en general, es muy bien tolerada. Es recomendable beber abundantes líquidos (si usted **NO** tiene ninguna contraindicación para hacerlo).

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** A pesar de la adecuada indicación de la técnica y de su realización pueden presentarse riesgos:
  - **Frecuentes (más del 10%):** Escozor al orinar.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** Hemorragia, dolor, infección urinaria que puede provocar un cuadro febril con riesgo de sepsis, estrechez de la uretra, perforación vesical o ureteral o imposibilidad de recambio.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Desobstrucción de la vía urinaria.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Pérdida de la función renal del lado afecto.
6. **Alternativas:** Colocación de una nefrostomía percutánea con cambios periódicos o cirugía reconstructiva si fuera posible.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria o estenosis uretrales puede aumentar el riesgo de efectos indeseados. Debe advertir a los profesionales sanitarios de sus alergias.



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat  
Universal i Salut Pública

**UROLOGÍA  
RECAMBIO DE CATÉTER DOBLE J**

**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:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_