

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento mediante el cual se pretende corregir la existencia de una complicación de la vía urinaria (fístula o estenosis), usualmente debida a una necrosis del tejido ureteral de diversa causa (isquemia ureteral distal o fibrosis ureteral) con retracción secundaria del tejido ureteral.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general se reconstruye la vía urinaria con reimplantación del uréter a la vejiga o utilización de la vía urinaria propia (uréter propio). En algunos casos puede ser imposible la reconstrucción de la vía urinaria por necrosis masiva de los tejidos, siendo necesario mantener una nefrostomía percutánea (derivación externa) a permanencia o, incluso, extirpar el riñón correspondiente. En el postoperatorio suele dejarse 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 retira, mediante cistoscopia, tras unas semanas.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:** A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse **riesgos**:
  - **Frecuentes (más del 10%):** Infección urinaria, hematuria.
  - **Infrecuentes (menos del 10%):** Que no se pueda realizar el procedimiento, incluso con necesidad de extirpar el riñón por las complicaciones asociadas; complicaciones alérgicas a los medicamentos utilizados; hemorragia incoercible que precise de hemoderivados; 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 donde se implante el injerto; dificultad para la erección; 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:** Necesidad de drenaje externo (nefrostomía) o interno permanente (doble J).
6. **Alternativas:** 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. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria o estenosis uretrales puede aumentar el riesgo de efectos indeseados.

**Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**UROLOGÍA**  
**REIMPLANTE URETERAL**  
**CIRUGIA RECONSTRUCTIVA DE LA VIA URINARIA**

**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	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. 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: \_\_\_\_\_