

CORRECCIÓN ENDOSCOPICA DEL REFLUJO VESICoureTERAL CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION GENERAL

Esta operación se realiza en los casos de existir reflujo vesicoureteral de bajo grado, bien sea uni o bilateral.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesthesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA CORRECCIÓN ENDOSCOPICA DEL REFLUJO VESICoureTRAL

Consiste en la inyección de una sustancia en la pared vesical por debajo del orificio ureteral con la finalidad de alargar la porción intramural del uréter, y prevenir así el reflujo de orina al tracto urinario superior.

RIESGOS DE CORRECCIÓN ENDOSCOPICA DEL REFLUJO VESICoureTRAL

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- No conseguir la corrección endoscópica deseada
- Infección urinaria-Sepsis urinaria
- Lesión de la uretra
- Lesión de la vejiga
- Sangrado-Hematuria
- Reintervención

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad,

si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas pueden ser la cirugía abierta, pero en su caso la mejor opción terapéutica es la corrección endoscópica Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable.

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 o allegado del paciente).....

Declaro:

Que el Doctor/a:
Urólogo de la Unidad de Urología
me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación actual la realización de
.....
.....y 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.

En.....a.....de.....de 2.....

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

Firma el Paciente..... CC: