

Consentimiento

Informado Cistoscopia, cateterismo ureteral y pielografía retrógrada

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

Es un procedimiento que sirve para averiguar la causa de sus molestias urinarias y a veces, también para eliminarlas. Y se utilizan en el estudio de la hematuria (sangre en la orina), síndrome miccional irritativo (molestias al orinar) y otras enfermedades.

La cistoscopia consiste en ver la vejiga por dentro con la ayuda de un aparato llamado cistoscopio (tubo fino con una cámara) Es posible que según los hallazgos, sea necesario tomar una muestra de tejido para su análisis (biopsia). Se usa en el control habitual de los operados de un tumor vesical, siendo necesario repetir frecuentemente este procedimiento para el seguimiento de esta enfermedad.

También es una técnica necesaria para colocar o retirar un catéter (tubo fino de plástico) que se introduce en el uréter (conducto que va desde el riñón a la vejiga) para facilitar la salida de la orina (cateterismo ureteral) o para introducir contraste que permita ver toda la vía urinaria a través de rayos X (pielografía retrógrada).

CÓMO SE REALIZA

Es un procedimiento de bajo riesgo y no necesita ser hospitalizado. Se realiza colocando previamente un gel anestésico en la uretra para disminuirle las molestias y se le administra un antibiótico. En algunos casos se precisa la sedación. A continuación se utiliza el cistoscopio para ver la uretra y el interior de la vejiga. A veces es preciso utilizar un contraste yodado para ver la vía urinaria mediante rayos X.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Puede producirle molestias al orinar en las primeras 24 horas (dolor, escozor, orinar con frecuencia, sangrado con la orina).

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

La cistoscopia ayudará al diagnóstico de su enfermedad como procedimiento complementario a otras exploraciones.

La colocación de un catéter urinario facilitará que el riñón obstruido funcione con normalidad. También se coloca como prevención para protegerlo.

OTRAS ALTERNATIVAS

A la cistoscopia no existe una alternativa eficaz, el resto de exploraciones radiológicas son complementarias.

Si le han indicado la colocación de un catéter, otras alternativas son la cirugía abierta de riñón o del uréter, o la colocación de un tubo de drenaje directo a riñón. Pero en su caso, consideramos que la mejor opción es el cateterismo.

En su caso: _____.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Molestias al orinar, que suelen desaparecer espontáneamente en corto tiempo.
- Infección urinaria, generalmente leve.
- Sangrado por la orina, más frecuente si se toma una biopsia (muestra de tejido), que suele ser leve y desaparecer espontáneamente.

➤ **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.

- Ascenso del catéter que puede obligar a una intervención quirúrgica para su extracción.
- Desarrollar estrechez (estenosis) del orificio o del conducto de la uretra, tras el paso del cistoscopio.
- Hemorragia tanto durante la intervención como después. Sus consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad de riesgo para su vida. Para tratarla puede ser necesario ponerle sangre o hemoderivados.
- Sepsis e infección generalizada, que puede resultar muy grave.
- Síndrome de reabsorción del líquido de irrigación hacia la sangre. Puede producir caída de la tensión arterial, pérdida transitoria de la visión, etc.

y

- Perforación de la vía urinaria que puede provocar infección, sangrado reabsorción de líquidos. Puede precisar otra intervención quirúrgica.
- Reacciones alérgicas o efectos secundarios a los medicamentos que es preciso administrarle
- Reacciones adversas al contraste yodado.
- En ocasiones, no se consigue llegar a un diagnóstico y/o colocar el catéter.

Habitualmente estos problemas se resuelven bien con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.). Pero algunas veces pueden obligarnos a tener que reintervenirlo, generalmente de urgencia, con un riesgo bajo para su vida.

➤ LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: _____

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.

Y en mujeres, comunique si está embarazada, pues no se utilizará el contraste yodado ni exploración con rayos X.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Consentimiento

Informado *Cistoscopia, cateterismo ureteral y pielografía retrógrada*

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **CISTOSCOPIA, CATETERISMO URETERAL Y PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA.**

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.

Firma médico e interesado/s en todas las páginas