

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA URETERORRENOSCOPIA

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento consiste en ver la vía urinaria por dentro con la ayuda de un aparato llamado ureteroscopia (tubo fino con una cámara).

Pretende fragmentar o extraer los cálculos de la vía urinaria, retirada de catéteres, extirpación de lesiones tumorales, realizar biopsias de la vía urinaria o bien complementar el diagnóstico de su enfermedad.

### CÓMO SE REALIZA

Se realiza introduciendo por la uretra un endoscopio que asciende por el uréter y puede llegar hasta el riñón.

El procedimiento requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Habitualmente se coloca catéter ureteral por un tiempo variable.

En general se utiliza exploración con rayos-X y contraste yodado por vía urinaria, no intravenosa.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Se le colocara un catéter ureteral interno desde el riñón a la vejiga, en general bien tolerado, aunque a veces causa molestias leves (dolor al orinar, leve sangrado por la orina).

En ocasiones se coloca también sonda vesical.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Ayudará al diagnóstico de su enfermedad como procedimiento complementario a otras exploraciones.

Al utilizarse como procedimiento de tratamiento se disminuirán o eliminarán los síntomas que le produce su enfermedad.

### 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.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

- Infección urinaria, generalmente leve.
- Sangrado moderado por la orina (hematuria), más frecuente si se toma una muestra de tejidos (biopsia). Suele ceder por sí solo a los pocos días.
- Síntomas urinarios derivados del catéter ureteral (sangrado por la orina, dolor al orinar, urgencia por orinar)

#### • LOS MÁS GRAVES:

Suelen ser los menos frecuentes.

- Imposibilidad para realizar el procedimiento (estenosis de uretra o uréter, hemorragia).
- Desinserción del uréter (total o parcial) que puede requerir intervención quirúrgica para su reanastomosis, incluyendo riesgo de precisar la extirpación del riñón.
- Rotura de instrumentos o catéteres, quedando restos en la vía urinaria que precisen de otros procedimientos para su extracción.
- Extravasado del líquido de irrigación con sus posibles complicaciones (absceso, fibrosis, estenosis, reabsorción).

- Perforación de órganos (intestino, vejiga, uréter) o perforación vascular (con serias complicaciones hemorrágicas).
- Sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida.
- Hemorragia tanto durante la intervención como después de ella (en el postoperatorio) cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida.
- Estenosis/estrechez ureteral o uretral.
- Reacción adversa al contraste yodado.
- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar y hemorragias digestivas cuya gravedad depende de su intensidad, pero posibles, aunque se tomen medidas preventivas (profilácticas).
- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que sea preciso administrarle.
- La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, que puede conllevar un riesgo para su vida. También es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o productos derivados de la misma.

#### OTROS MOTIVOS POR LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Podría ser necesario tomar muestra para biopsia u otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

## II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Representante legal: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Médico