

Consiste en introducir un tubo (catéter-balón) para llegar con él a una zona de su uréter que está estrecha, y una vez allí, dilatarla hasta aumentar su calibre permitiendo un paso adecuado de orina. El procedimiento lo realizaremos a través de la nefrostomía percutánea (si la tiene realizada) o por vía retrógrada a través de la uretra.

Posteriormente se deja un catéter de nefrostomía (tubo externo) durante al menos 24-72 horas y en ocasiones un catéter doble J interno durante 1-2 meses.

Esta intervención se realiza con analgesia y a veces con sedación y tiene una duración aproximada de 60 minutos.

ALTERNATIVAS

En la actualidad, la alternativa es la nefrostomía percutánea permanente o la intervención quirúrgica.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Los resultados que se obtienen compensan los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO.

Por la técnica que estamos realizando:

- Imposibilidad de franquear la lesión y por lo tanto no poder dilatarla.
- Emigración o malposición del catéter que puede obligar a su extracción mediante cistoscopia o intervención quirúrgica.
- Perforación ureteral con riesgo de sangrado.
- Ruptura de instrumentos (guías, catéteres, etc.) quedando restos en el interior de la vía excretora, precisando de otras maniobras para su extracción.
- Infección urinaria o general (sepsis)
- Sangrado importante que requiera transfusión o embolización
- Pérdida transitoria o definitiva de la función de su riñón.

Por la radiación de las técnicas radiológicas utilizadas para guiar el procedimiento

- Una ligera elevación del riesgo de padecer cáncer dentro de algunos años. Este riesgo es muy bajo en comparación con la incidencia normal del cáncer.
- Lesiones en la piel. La posibilidad de que ocurran depende de la dificultad del procedimiento y de su sensibilidad a la radiación.

De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, no dude que se tomarán las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES ESPECÍFICAS.

.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES



Previamente a la realización de la intervención, se debe comunicar al médico el padecimiento de algún tipo de alergia, en especial a la anestesia o al medio de contraste.

Si está usted embarazada o en periodo de lactancia, comuníquelo al médico que le pidió la prueba o al personal de Radiodiagnóstico.

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

DECLARO

Que he sido informado por el médico de las ventajas, inconvenientes y complicaciones para la realización de DILATACIÓN URETERAL y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. He comprendido la información recibida y podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

EN CONSECUENCIA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA INTERVENCION

Firma de la paciente

Firma del médico

REPRESENTANTE LEGAL (caso de incapacidad del paciente):

D./Dña.

DNI

Parentesco (padre, madre, tutor, etc.)

Firma

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./D^a. (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ de _____ años de edad, con domicilio en _____ y DNI nº _____ en calidad de (representante legal, familiar o allegado) _____ de (Nombre y dos apellidos del paciente) _____ REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____, para la realización de _____ y () deseo/ () no deseo proseguir el tratamiento.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____ Fdo. Dr/a: _____