

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOURETEROPIELOTOMÍA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La estenosis de la unión pieloureteral es una estrechez del conducto que une la pelvis renal al uréter a la salida del riñón e impide la salida normal de la orina, lo que produce dolor, infección y pérdida progresiva de la función renal en la mayoría de los casos, e incluso formación de cálculos si no se corrige mediante cirugía.

Mediante este procedimiento se secciona la zona de estrechez con un cuchillete frío, con el electrocauterio, con láser o dilatación con balón, para que tenga mayor calibre y facilite el paso de la orina.

Esta técnica se puede realizar por vía percutánea o endoscópica.

Por la vía percutánea, se llega a la zona de estrechez a través de un pequeño orificio en la zona lumbar.

Por la vía endoscópica, se accede a la estrechez de la unión pieloureteral a través del uréter.

En ambas técnicas se usan aparatos de endoscopia y/o fluoroscopia para controlar y ver las maniobras.

Se hace con anestesia general y durante unos días puede ser necesario que lleve un catéter de nefrostomía (sonda que sale del riñón a través de un orificio en la piel de la zona lumbar) o un catéter interno (catéter doble J) durante un tiempo, que ayudan a la cicatrización y disminuyen el riesgo de una nueva estrechez.

La finalidad de la técnica es aumentar el calibre de la unión pieloureteral, resolviendo así el problema de la estrechez en el uréter.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Perforación de la vía urinaria.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar transfusión de sangre o sus derivados.
- Lesiones de órganos cercanos al riñón.
- Septicemia o infección generalizada.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso y pulmonar, cuya intensidad depende de la intensidad del proceso.
- Fístulas arteriovenosas.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Otros riesgos son:

- No conseguir hacer el procedimiento por causas diversas (estenosis uretral o ureteral, hemorragia, etc.).
- Rotura de instrumentos y los problemas derivados de su extracción.
- Sangrado de zonas del aparato urinario afectando a la exploración.
- Perforación de la pelvis, del uréter o de la vejiga con salida del líquido de irrigación.
- Lesión vascular del riñón, cuyo tratamiento, a veces, necesita la embolización (oclusión) del vaso que sangra, o incluso, la extirpación del riñón.
- Lesiones de órganos vecinos (intestino, bazo, pulmón), que pueden requerir una transfusión de sangre y/o cirugía abierta.
- Fibrosis reactivas y estrechez de los uréteres o de la uretra, que pueden darse a medio o largo plazo.

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

No tiene.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía abierta.
- Cirugía laparoscópica.
- Derivación urinaria permanente.

AUTORIZACIÓN PARA “ENDOURETEROPIELOTOMÍA”

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: