

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN PERCUTÁNEA DE TUMOR DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se extirpan los tumores del tracto urinario superior con un nefroscopio. Este aparato se introduce hasta el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar.

La intervención termina con la colocación de una sonda en el riñón, que sale al exterior a través del orificio practicado en la zona lumbar y se mantiene durante unos días. Puede ser necesaria la cirugía abierta en el mismo momento.

En algunos casos hay que hacer nuevas resecciones o coagulaciones del tumor con láser o con electrocoagulación, o bien ser tratado con la cirugía convencional.

La finalidad es eliminar de forma total o parcial un tumor del tracto urinario superior, así como la desaparición de sus síntomas y la prevención de posibles complicaciones.

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:

Riesgos frecuentes:

- Perforación de la vía urinaria. Puede necesitar el uso de catéteres (internos o externos) para solucionarlo.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Aparición de fístulas urinarias o de fístula arteriovenosa renal.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Otros riesgos:

- No conseguir la resección (extirpación) del tumor.
- Infección grave o sepsis urinaria.
- Complicaciones abdominales: Lesiones de las vísceras cercanas (intestino, bazo, hígado, pleura, etc.) que pueden dar lugar de forma excepcional a eventos graves como hemorragias importantes, peritonitis (inflamación infección de la cavidad abdominal) o infección generalizada y precise la práctica de más intervenciones.
- Afectación de la función del riñón.
- Hemorragia digestiva.

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.

AUTORIZACIÓN PARA “RESECCIÓN PERCUTÁNEA DE TUMOR DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR”

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, de no realizarlo.

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 _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____

Firma del representante legal: