

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENDOPIELOTOMIA



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMSEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

Paciente	DNI	Firma	Fecha

La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.

IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO

La endopielotomía es una intervención para resolver la estenosis pielouretral. Esto es una estrechez del conducto que une la pelvis renal al uréter, parcial o total, a la salida del riñón que impide la normal evacuación de la orina. Produce dolor, infección y pérdida progresiva de la función en la mayoría de los casos si no se resuelve con cirugía. Esta intervención es de moderada gravedad. Consiste en cortar la zona de estrechez para que adquiera mayor calibre y facilite el paso de la orina. Puede realizarse de 2 formas:
Por vía percutánea: llegamos a la zona de estenosis a través de un pequeño orificio en la zona lumbar y de riñón. **Por la vía uretral:** accedemos a la estenosis entrando por el uréter.
En ambas técnicas utilizamos aparatos de endoscopia y/o Rx para controlar y visualizar las maniobras. Durante unos días puede llevar un catéter de nefrostomía o sonda que sale del riñón a través de un orificio de la piel o también puede llevar un catéter interno durante 1 ó 2 meses que favorece la cicatrización y disminuirá el riesgo de aparición de nueva estenosis. Se retirará posteriormente en una maniobra ambulatoria.

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

Aumentar el calibre de la unión pieloureteral, resolviendo de esta manera la estrechez.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Existen otras alternativas como la pieloplastia abierta o la nefrectomía.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

En su situación actual, el facultativo la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no. En caso de no aceptar debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y progresión de los síntomas por lo que consultó o de su enfermedad de base. Las posibles complicaciones que pueden acaecer son imprevisibles incluyendo el riesgo vital.

RIESGOS FRECUENTES

De dicha intervención es posible, aunque no frecuente, esperar los siguientes efectos indeseables o complicaciones:

- Imposibilidad de realizar el cateterismo
- Rotura de instrumentos, dado su fino calibre, y los siguientes problemas para su extracción.
- Hemorragia en cualquier parte del aparato urinario, de variable cuantía, que puede precisar transfusión e impedir continuar con el procedimiento
- Perforación de uréter, pelvis o vejiga con extravasado del líquido de irrigación, con sus posibles complicaciones (reabsorción, hematomas, absceso, etc)
- Lesión vascular renal, cuyo tratamiento puede requerir la extirpación renal.
- Lesiones a órganos vecinos que puede necesitar cirugía abierta urgente
- Fibrosis reactivas y estenosis ureterales a largo plazo
- Estenosis uretral
- Septicemia por el acto endoscópico urológico.

RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENDOPIELOTOMIA

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **ENDOPIELOTOMIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA PACIENTE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTEDECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **ENDOPIELOTOMIA**

EN, A LOS DÍAS DE DEL

.....
FIRMA APODERADO FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA DE DE

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN, A LOS DÍAS, DEL MES DE DE

.....
PACIENTE / APODERADO FIRMA Y SELLO MÉDICO