

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PIELOPLASTIA



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 intervención se realiza abordando el riñón con una incisión a nivel o por debajo de las costillas. Una vez localizada la zona estrecha se extirpa y se vuelve a unir la pelvis renal con el uréter remodelando esta zona para evitar que se vuelva a cerrar. En la intervención se deja un catéter de fino calibre dentro del uréter (que va desde el riñón a la vejiga con el fin de una adecuada cicatrización de la zona operada) o una nefrestomía con tutor intrauretral (catéter externo).

OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN

La pieloplastia es una intervención quirúrgica que tiene como finalidad resolver la estenosis o estrechez pielouretral, es decir, aumentar el calibre en la zona por la que la orina sale del riñón hacia el uréter.

ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO

Otras alternativas son la endopielotomía percutánea, la endopielotomía retrógrada y la nefrectomía. En su caso la mejor opción terapéutica es la pieloplastia.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Resolver la situación de obstrucción que dio origen a la consulta. Los tutores que se dejan en la intervención serán retirados posteriormente.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO

Continuará la zona estenosada provocando dolor, infección y pérdida progresiva de la función del riñón.

RIESGOS FRECUENTES

A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables.

- Imposibilidad de realizar la intervención programada por causas diversas, como hemorragia
- Complicaciones del procedimiento que puede finalizar con la extirpación del riñón, o incluso para evitar esto, con una derivación cutánea de orina
- Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración quirúrgica
- Lesión de grandes vasos, con riesgo vital
- Lesiones de órganos vecinos
- Fibrosis reactivas y reestenosis que requerirá intubación con catéter interno o externo y/o nueva cirugía
- Problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infección; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración del paquete intestinal; defectos estéticos; intolerancia a los materiales de sutura; neuralgias.

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

PIELOPLASTIA

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 **PIELOPLASTÍA**

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 PACIENTE DECLARO
QUE EL/LA DR./DRA. ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN
DE **PIELOPLASTÍA**

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