

SERVICIO:		Nº Historia Clínica:	
Unidad:		Nombre Paciente:	
Habitación:	Cama:	Fecha Nacimiento:	Sexo:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDOPIELOTOMÍA ESPECIALIDAD DE UROLOGÍA

*¿DESEO SER INFORMADO sobre mi enfermedad y la intervención que me van a realizar?

DESEO QUE LA INFORMACIÓN de mi enfermedad y la intervención que me van a realizar le sea proporcionada a mi familiar / tutor / representante legal:			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA
De acuerdo al art. 9 de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre " MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO " para que se lleve a cabo el procedimiento descrito en este documento			
NOMBRE APELLIDOS (Paciente)	DNI	FIRMA	FECHA

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La endopielotomía es una intervención para resolver la estenosis pieloureteral. La estenosis de la unión pieloureteral es una estrechez del conducto, que une la pelvis renal a uréter, parcial o total, a la salida del riñón que impide la normal evacuación de la orina, produciendo dolor, infección y pérdida progresiva de la función en la mayoría de los casos si no se corrige mediante cirugía.

Esta intervención se realiza habitualmente con anestesia general y 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 dos formas:

1. Por vía percutánea, llegamos a la zona de estenosis a través de un pequeño orificio en la zona lumbar.
2. Por vía uretral, accedemos a la estenosis ascendiendo por el uréter.

En ambas técnicas utilizamos aparatos de endoscopia y Rx para controlar y visualizar las maniobras.

Durante un plazo de tiempo portará un catéter de nefrostomía o sonda que sale del riñón a través de un orificio en la piel.

Asimismo, también llevará un catéter interno durante uno ó dos meses que favorece la cicatrización y disminuirá el riesgo de aparición de nueva estenosis. Se retirará posteriormente, mediante una simple maniobra endoscópica ambulante.

OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN ALCANZAR

La finalidad del procedimiento consiste en el adecuado diagnóstico y resolución del proceso.

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Pieloplastia abierta. Nefrectomía.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Aumentar el calibre de la unión pieloureteral, resolviendo así el problema de la estrechez.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

Avance de la enfermedad con agravamiento e imposibilidad posterior, en ocasiones, de tratamiento curativo.

RIESGOS FRECUENTES

1. Imposibilidad de realizar el cateterismo por causas diversas. (estenosis uretral o ureteral, hemorragia, etc.)
2. Rotura de instrumentos, dado su fino calibre, y los siguientes problemas para su extracción.
3. Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención, transfusión, etc.
4. Perforación de pelvis, uréter o vejiga con extravasado del líquido de irrigación, urinoma, con sus posibles complicaciones (reabsorción, absceso, hematoma, etc.)
5. Lesiones de órganos vecinos, sobre todo vasculares, que requieren transfusión y cirugía abierta urgente.

C. INFORMADO DE ENDOPIELOTOMÍA

6. Fibrosis reactivas y estenosis ureterales, a largo plazo.
7. Estenosis uretral.
8. Septicemia inherente a todo acto endoscópico urológico.

RIESGOS POCO FRECUENTES, CUANDO SEAN DE ESPECIAL GRAVEDAD Y ESTÉN ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO POR CRITERIOS CIENTÍFICOS

RIESGOS Y CONSECUENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y DE SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES O PROFESIONALES

CONTRAINDICACIONES

PACIENTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
NOMBRE / APELLIDOS	DNI	FIRMA	FECHA
FAMILIAR / TUTOR / REPRESENTANTE			
D/D ^a			
DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento			
TUTOR / FAMILIAR / REPRESENTANTE	DNI	FIRMA	FECHA
MÉDICO RESPONSABLE DR D/D^a			
DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.			
MÉDICO RESPONSABLE	DNI	FIRMA	FECHA