

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PIELOPLASTIA 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 pieloplastia es una intervención quirúrgica que tiene como finalidad resolver la estenosis o **estrechez pieloureteral**, es decir, en la zona por la que la orina sale del riñón hasta el uréter. Cuando esta zona está estenosada la orina producida por el riñón tiene gran dificultad para salir, provocando dolor, infección, dilatación renal y pérdida progresiva de la función del riñón.

Esta intervención precisa de anestesia general abordando el riñón con una incisión a nivel o por debajo de las costillas. También puede realizarse por vía laparoscópica.

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 dejaremos 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 nefrostomía con tutor intraureteral).

Tras una estancia en Reanimación de 4-8 horas, el paciente pasa a planta, donde sigue un postoperatorio de la semana aproximadamente. Los catéteres se suelen retirar en 2-3 semanas.

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

Endopielotomía percutánea.. Endopielotomía retrógrada. 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 la intervención programada por causas diversas (hemorragia, problemas anestésicos, etc).
2. Por complicaciones del procedimiento puede ser necesario finalizar la intervención con la extirpación del riñón, o incluso para evitar esto, con una derivación cutánea de la orina.
3. Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención, transfusión, etc.
4. Lesión de grandes vasos, con gran riesgo vital, que requerirá transfusiones y procedimientos de cirugía vascular de transcendencia impredecible.
5. Lesiones de órganos vecinos.

6. Fibrosis reactivas y reestenosis a largo plazo.
7. Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica.
 - Infección en sus diferente grados de gravedad.
 - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria.
 - Eventración del paquete intestinal (a largo plazo).
 - Fístulas supurativas, temporales o definitivas.
 - Defectos estéticos.
 - Intolerancia a los materiales de sutura.
 - Neuralgias (dolores nerviosos), hiperesetasias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesis (disminución de la sensibilidad).

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