

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA 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 ureterostomía cutánea consiste en la derivación de la orina que producen los riñones, abocando el uréter a la piel del abdomen.

Generalmente, suele realizarse esta intervención cuando existe un obstáculo importante que impide el discurrir de la orina por sus vías naturales.

Esta derivación puede hacerse con carácter permanente o de forma provisional, hasta que se recupere la normalidad de la vía.

La intervención se realiza bajo anestesia regional, abordando el uréter a través de una incisión pararrectal o ileo-inguinal, o bien incisión media infraumbilical.

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

Técnicas percutáneas.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Resolver el problema obstructivo.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

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

RIESGOS FRECUENTES

Complicaciones Operatorias:

1. Hemorragia: Representa la complicación más peligrosa de la cirugía urológica. A pesar de todas las precauciones que se adopten se producen a veces hemorragias graves, que amenazan la vida del enfermo. En general, requieren transfusiones de sangre.

2. Penetración en la cavidad peritoneal.

3. Lesión intestinal.

4. Lesión de vísceras abdominales.

5. Lesiones de vasos ilíacos (arteria o vena).

6. Complicaciones inherentes al proceso anestésico.

7. Fracaso renal agudo por alteraciones hemodinámicas.

8. Lesiones por la corriente eléctrica, aunque son raras, pueden producir desde pequeñas quemaduras hasta electrochoques.

Complicaciones Postoperatorias :

1. Infección de la herida.
2. Dehiscencia de la herida (separación de los músculos) pudiendo producirse como una hernia, o más frecuentemente debilidad de la pared muscular.
3. Con gran frecuencia queda una banda de anestesia cutánea en relación con la herida.
4. Fístula intestinal.
5. Hemorragia secundaria, que puede requerir reintervención.
6. Hemorragia digestiva, a menudo relacionada con úlcera péptica.
7. Fístulas supurativas temporales o definitivas.
8. Defectos estéticos.
9. Intolerancia a los materiales de sutura.
10. Neuralgias (dolores nerviosos).
11. Hiperestesias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesia (disminución de la sensibilidad).

Complicaciones debidas a la cirugía sobre el uréter:

1. Reestenosis ureteral.
2. Fístula ureteral.
3. Fístula vesical.
4. Fibrosis reactiva ureteral.
5. Formación de cálculos a nivel ureteral y renal.
6. Atrofia renal con o sin infección, que puede requerir nefrectomía posteriormente.
7. Intolerancia a material de sutura o reabsorción precoz de dicho material con el fracaso consiguiente del reimplante.

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/Dª			
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/Dª			
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/Dª			
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