


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO PIELOPLASTIA	FL-CDM- 141
		Rev. 01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

La intervención que se le propone está destinada a reparar el estrechamiento de la unión pieloureteral que usted presenta.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE PIELOPLASTIA

Usted presenta un estrechamiento de la unión entre las cavidades del riñón y el uréter, este diagnóstico se hizo basado en exámenes radiológicos. Este estrechamiento puede ser de origen congénito (conducto demasiado estrecho, o compresión por un vaso sanguíneo) o consecuencia de una enfermedad que haya causado una inflamación de la región. La orina queda retenida a nivel de la cavidad renal y su desagüe hacia el uréter resulta difícil. Esta retención genera una dilatación de la cavidad. La falta de tratamiento le expone a los riesgos de dolores, infecciones y/o destrucción progresiva del riñón.

Varias vías de abordaje permiten efectuar una pieloplastia por vía quirúrgica o laparoscópica. La elección se hará en función del tipo de estrechamiento, de su morfología personal y de las preferencias de su cirujano.

La técnica consiste en practicar una intervención a nivel de la unión pieloureteral para suprimir el trozo estrecho y restablecer un paso normal entre la cavidad y el uréter. Al final de la intervención, el urólogo coloca una sonda tutora, que permite el drenaje de la orina durante el período de cicatrización. Puede tratarse de una sonda interna, conocida como sonda doble J o pigtail, que será retirada por las vías naturales algunas semanas más tarde, o una sonda que salga a través de la piel y que será retirada después de algunos días, según las indicaciones del cirujano. Uno o varios drenajes externos pueden ser colocados temporalmente y permiten observar las eventuales descargas post operatorias.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE PIELOPLASTIA

Algunas complicaciones dicen relación con su estado de salud y la anestesia; ellas le serán explicadas durante la consulta previa a la operación con el médico que lo evalúe y son posibles en toda intervención quirúrgica.

Durante el procedimiento operatorio:

- Lesión de los órganos vecinos, que justifique su reparación o retiro.
- Lesión vascular, causante de una hemorragia que pudiera requerir una transfusión sanguínea.
- Reparación de la unión pieloureteral imposible debido a dificultades anatómicas; en este caso su cirujano puede tomar la decisión de modificar la intervención, incluso extirpar el riñón.

En el Postoperatorio inmediato:

- Hemorragia, que puede requerir una nueva operación.
- Riesgo de infección urinaria o de la pared (es decir de la piel y los músculos que recubren la zona operada).
- Complicaciones digestivas: Retraso en la reanudación del tránsito intestinal u oclusión real.
- Fístula urinaria, debida a mala cicatrización de la vía excretora, originando una salida de orina dentro del abdomen, por el drenaje de la pared o por la cicatriz. Lo más probable es que su cirujano le proponga drenar la vía excretora por medio de una sonda externa o una sonda interna pigtail, con el fin de cerrar la fístula Sin embargo, de no tener éxito, puede indicarse una nueva intervención, para cerrar la vía excretora, o extirpar el riñón.

Riesgos posteriores:

- Como en toda intervención abdominal, pueden presentarse deformaciones de la pared del abdomen, más o menos importantes y bridas (adherencias).
- Recidiva del estrechamiento, que pueda necesitar una nueva operación por vía endoscópica o quirúrgica.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En ciertos casos especiales un estrechamiento de la función puede ser tratado a través de las vías naturales, mediante endoscopia, por dilatación o incisión.

Su urólogo le ha explicado porqué le ha propuesto este tipo de intervención.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PIELOPLASTIA

FL-CDM- 141

Rev. 01

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea mas información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **CIRUGÍA DE PIELOPLASTÍA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA DE PIELOPLASTÍA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **CIRUGÍA DE PIELOPLASTÍA** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____