

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-141

Pieloplastia

Rev.02

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

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

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGIA DE PIELOPLASTIA (En qué consiste)

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 periodo 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 postoperatorias.

RIESGOS POTENCIALES 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.

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 por qué le ha propuesto este tipo de intervención.

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.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-141

Pieloplastia

Rev.02

Si después de leer detenidamente este documento desea más 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 identidad.**

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
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Cirugía Pieloplastia.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía Pieloplastia.**

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

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Cirugía Pieloplastia** 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 o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

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

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)