

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA

Nº Historia: .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA.

1.- Mediante este procedimiento se pretende aumentar el calibre de la unión pieloureteral resolviendo así el problema de la estrechez. El médico me ha explicado que la utilización de la laparoscopia persigue un menor dolor postoperatorio, una más rápida recuperación y menores lesiones cicatriciales.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.

3.- Mediante esta técnica se trata de resolver la estenosis o estrechez pieloureteral, es decir, en la zona por la que la orina sale del riñón hacia el uréter. Cuando esta zona está estenosada la orina producida por el riñón tiene gran dificultad para salir, provocando dolor, infección, formación de cálculos, dilatación renal y pérdida progresiva de la función del riñón.

Se realiza a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de CO2 en el peritoneo o en el retroperitoneo. Una vez localizada la zona estrecha se extirpa y se vuelven a unir la pelvis renal con el uréter, remodelando esta zona para evitar que se vuelva a cerrar.

El médico me ha advertido que en la intervención se puede dejar un catéter fino 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 (catéter externo). Los catéteres se suelen retirar posteriormente.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como la imposibilidad de realizar la intervención programada por causas diversas (hemorragia, problemas anestésicos, etc.) o que 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; tener que reconvertir a cirugía abierta; hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención, transfusión, etc; lesión de grandes vasos, con gran riesgo vital, que requerirá transfusiones y procedimientos de cirugía vascular, de trascendencia impredecible; lesiones de órganos vecinos; fibrosis reactivas y reestenosis que requerirá intubación con catéter interno o externo y/o nueva cirugía; problemas y complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infección con diferente gravedad, dehiscencia de sutura – apertura–, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos–, hiperestésias –aumento de la sensibilidad– o hipoestésias –disminución de la sensibilidad–); enfisema subcutáneo o paso del CO2 al tejido celular subcutáneo; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas, cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

- 5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....  
.....  
..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....  
.....  
.....

- 6.- El médico me ha explicado que otras alternativas son la endopielotomía percutánea, la endopielotomía retrógrada y la nefrectomía, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la pieloplastia laparoscópica.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice la PIELOPLASTIA LAPAROSCOPICA.

En ....., a .....

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)*                      *(Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado