

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. ¿Qué es?: Es una técnica quirúrgica para resolver la estenosis o estrechez pielo-ureteral, es decir, la zona por la que la orina sale del riñón hacia el uréter. Cuando esta zona está estrecha, 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.

2. ¿Cómo se realiza?: La cirugía por vía laparoscópica se realiza a través de orificios abdominales por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica para extirpar la parte estrecha del uréter/pelvis renal y se vuelve a coser para restablecer la continuidad de la vía urinaria. Habitualmente durante el procedimiento se deja un catéter ureteral que protege las suturas, y que deberá ser retirado por endoscopia posteriormente. Frente a la cirugía abierta, la cirugía por laparoscopia presenta menor dolor en el postoperatorio, menos complicaciones relacionadas con la herida abdominal, estancia hospitalaria más corta y más rápida recuperación de la actividad habitual. La elección de una u otra técnica depende de la enfermedad, anatomía, patologías previas, disponibilidad tecnológica y experiencia del cirujano. Es posible que una vez comenzada la cirugía por vía laparoscópica tenga que reconvertirse a cirugía abierta por cuestiones técnicas.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?:

- **Frecuentes (más del 10%):** Infección de herida quirúrgica, hematoma de pared, molestias abdominales, hernia en el sitio de la incisión.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** **No conseguir la corrección de la estrechez**, con la posibilidad de requerir posteriores tratamientos o incluso la extirpación del riñón de modo inmediato o diferido, **infección urinaria; hemorragia** incontrolable; **complicaciones pulmonares** (neumonía, hemotórax -sangrado en la cavidad torácica-, neumotórax -aire en la cavidad torácica-, piotórax -infección de la cavidad torácica), insuficiencia respiratoria); **hernia o parálisis diafragmática** (por apertura del diafragma); **complicaciones derivadas de la herida quirúrgica** (infección, dehiscencia de sutura, fístulas, defectos estéticos, procesos cicatriciales anormales, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias -dolores nerviosos-, hiperestésias -aumento de la sensibilidad- o hipoestésias -disminución de la sensibilidad-); **fístulas urinarias o vasculares** (que pueden requerir intervenciones e incluso la pérdida del riñón); **lesiones de otras vísceras** (intestino, bazo, hígado); **lesión vascular; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares** cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; **complicaciones abdominales** (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, peritonitis) con resultados imprevisibles.

4. Consecuencias previsibles de su realización: La cirugía se realiza con intención curativa pero puede requerir tratamientos posteriores si no se logra el objetivo de resolver la estrechez.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: La persistencia de la obstrucción ureteral con el consiguiente sufrimiento renal y deterioro de su función hasta la anulación completa.

6. Alternativas: La endoureteropielotomía percutánea anterógrada, la endopielotomía retrógrada, la pieloplastia por cirugía abierta y la nefrectomía .

7. Riesgos en función de su situación: La toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Determinadas circunstancias como diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, infección urinaria o edad avanzada pueden aumentar la frecuencia y gravedad de las complicaciones quirúrgicas.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____