



Consentimiento Informado para  
Cirugía de Pieloplastía

## **Consentimiento Informado para Cirugía de Pieloplastía**

## Consentimiento Informado para Cirugía de Pieloplastía

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable)

**DECLARO:**

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una cirugía de  
PIELOPLASTÍA.

Derecho

Izquierdo

## INFORMACIÓN

- 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 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.
- Mediante esta técnica se trata de resolver la estenosis o estrechez píelo- ureteral, es decir, en la zona por la que la orina sale del riñón hacia el uréter. Cuando esta zona esta 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.
- Sé que esta intervención precisa de anestesia general y se realiza abordando el riñón con una incisión a nivel o por debajo de las costillas. 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.
- 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; 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); tromboembolismos venoso 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.

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:

.....

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 Pieloplastía. 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.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

**PIELOPLATÍA**

- Derecho
- Izquierdo

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: ..... Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).