

**Consentimiento informado para exploración de
lesión vesical y/o ureteral**



Consentimiento Informado para Exploración Quirúrgica de Lesión Vesical y/o Ureteral.

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 exploración y reparación quirúrgica por lesión vesical y/o ureteral.



Se me ha informado sobre el diagnóstico de una lesión vesical y/o ureteral, y su necesidad de exploración y reparación.

¿Qué debo saber sobre las lesiones vesicales y ureterales ocurridas durante cirugías?

Las lesiones vesicales y ureterales pueden ocurrir como consecuencia de una cirugía previa, pudiendo presentarse en forma aislada o en forma simultánea.

Las lesiones **vesicales** durante cirugía, son infrecuentes. En general se relacionan con procedimientos ginecológicos y coloproctológicos, por la íntima relación de la vejiga con los otros órganos de la pelvis.

Las lesiones **ureterales** secundarias a procedimientos quirúrgicos también son infrecuentes, por la ubicación protegida del uréter. Puede producirse lesión en cirugía ginecológica, coloproctológica, cirugía vascular, cirugía general y cirugía urológica.

La cirugía ginecológica es el principal mecanismo de daño uretral y vesical secundario a cirugía. Siendo más frecuentes las lesiones vesicales ocurridas durante cirugía obstétrica (cesárea), con aumento de riesgo en mujeres que requieren cesárea de urgencia o las que tienen antecedentes de cirugías pélvicas o cesáreas previas. También pueden ocurrir lesiones vesicales en otras cirugías ginecológicas, como la histerectomía.

Las lesiones ureterales ocurren más frecuentemente durante la histerectomía por la relación y proximidad del uréter con el útero. Este riesgo está incrementado en pacientes con útero de gran tamaño, prolapso, endometriosis y cirugías pélvicas previas.

Generalmente la lesión ocurre en el uréter distal, cercano a la llegada a la vejiga.

La cirugía de colon y de recto también se ha relacionado con lesiones de uréter y vejiga, pero la frecuencia es baja. El riesgo está incrementado en cirugía oncológica.

La cirugía vascular aórtica, iliaca e iliofemoral, también puede producir lesión directa de los uréteres, también puede producirse lesión a largo plazo por reacción inflamatoria perivascular resultando en estenosis o estrechez de uréter y/o fístulas.



Durante procedimientos endoscópicos urológicos, también puede producirse lesión ureteral y vesical, su frecuencia es menor del 1% de los procedimientos, y generalmente se resuelve en forma conservadora con uso de sonda foley o un catéter doble J.

También se han descrito lesiones vesicales y ureterales en cirugía general, incluyendo la apendicectomía.

¿Cómo se diagnostican y reparan las lesiones de vejiga y ureter?

Las lesiones vesicales intraoperatorias, generalmente se diagnostican en el mismo acto quirúrgico, donde se realiza exploración de la lesión y reparación.

Puede ocurrir que la lesión pase inadvertida, y sea diagnosticada en el postoperatorio. Las manifestaciones pueden ser dolor abdominal, puede ocurrir fiebre y salida de orina por la herida operatoria o por algún drenaje. Para caracterizar la lesión, habitualmente se realiza un scanner con contraste.

La exploración y resolución de la lesión vesical y/o ureteral se puede realizar por vía abierta o laparoscópica, dependiendo de las condiciones y características del daño.

La reparación de la lesión vesical consiste en cierre de la zona herida, pudiendo requerir resección de parte de la pared vesical dañada para permitir un cierre adecuado. En el postoperatorio se deja habitualmente un drenaje cercano a la vejiga y una sonda por la uretra (sonda Foley). El drenaje habitualmente se retira en los días siguientes la intervención, previo a alta. Es frecuente la necesidad de uso de sonda foley por un plazo de 1 a 3 semanas dependiendo de la extensión de la lesión y reparación. En lesiones extensas, complejas o con daño vesical previo, previo al retiro de la sonda, puede ser necesario un estudio de imágenes para evaluar cierre adecuado de la vejiga (cistografía).

Las lesiones de ureter más frecuentes ocurren a nivel del uréter distal, cercano a la llegada de a la vejiga. La mayor parte de las lesiones ureterales intraquirúrgicas pasan inadvertidas durante la cirugía y se diagnostican después. Se puede presentar como dolor persistente, fiebre, alteración en exámenes de laboratorio o hallazgo en estudio de imagen posterior.



Cuando son diagnosticadas en el mismo acto quirúrgico, se realiza exploración y reparación, que puede consistir en el cierre de la lesión, sobre un catéter doble J (una sonda que se deja en el uréter desde el riñón a la vejiga). Puede requerirse reparaciones más complejas que se detallan más adelante.

El diagnóstico postoperatorio de lesión de uréter se realiza mediante imágenes como scanner. Muchas veces requiere diagnóstico endoscópico en pabellón, mediante pielografía directa (usando medio de contraste a través del ureter) y/o Ureteroscopia (visualización directa del ureter por vía endoscópica).

El tratamiento definitivo, depende de la localización de la lesión y de su extensión. Si la zona afectada es localizada se puede decidir resecarla y unir los extremos del ureter (anastomosis ureteral). Para las lesiones más habituales, las cercanas a la vejiga, frecuentemente la cirugía consiste en realizar un reimplante del uréter en la vejiga (neoimplante ureteral). Seccionando el uréter en un segmento sano sobre la lesión uretral, y uniendo el cabo sano a la vejiga. Si el uréter sano no tiene suficiente longitud, puede ser necesario movilizar la vejiga para aproximarla al uréter (vejiga psóica) y en algunas ocasiones se requiere realizar una remodelación vesical, utilizando parte de la vejiga para confeccionar un tubo que se aproxima al uréter (Flap de Boari). El abordaje puede ser abierto (con incisión) o laparoscópico (con incisiones pequeñas), la elección de la vía de abordaje se realiza en conjunto con usted, según las condiciones clínicas.

Para lesiones más cercanas al riñón o lesiones muy extensas, puede ser necesario el reemplazo del uréter con un segmento de intestino delgado que se une al uréter sano y a la vejiga (uréter ileal). Esta cirugía se realiza por vía abierta. Como alternativa puede plantearse el autotransplante, cambiando la localización del riñón a la pelvis, cercano a la vejiga.

Habitualmente luego de la cirugía se deja un drenaje que se retira en el postoperatorio. Y un catéter doble J, que se retira a las 2-3 semanas con una cistoscopia ambulatoria. En los casos en que es necesaria la remodelación vesical, es necesario el uso de sonda foley por un periodo de 2-3 semanas, la que se retira en forma ambulatoria



¿Qué complicaciones pueden ocurrir?

Para ambos tipos de lesión, puede ocurrir en el postoperatorio:

- Infección urinaria
- Infección de herida
- Sangrado por la orina (hematuria)
- Molestias derivadas de los catéteres (sonda foley y/o doble J)
- En el caso de reparaciones de vejiga, en particular las que requieren resección de la pared vesical o remodelación, puede ocurrir disminución de la capacidad vesical que se traduce en aumento de la frecuencia para orinar.
- Neuropraxias (lesiones nerviosas, habitualmente por compresión en zonas de apoyo durante la cirugía, son infrecuentes, generalmente transitorias)

Generalmente todas estas son leves y se pueden manejar en forma ambulatoria y con tratamiento conservador

Complicaciones más graves, pero menos frecuentes

- Intraquirúrgicas: lesiones de otros órganos o estructuras vecinas. (como por ejemplo lesiones intestinales o de estructuras vasculares)
- Hemorragia intraquirúrgica o en postoperatorio, que puede ser severa y requerir transfusión e incluso poner en riesgo la vida
- Estrechez ureteral de zona reparada o del neoimplante.
- Estrechez uretral
- Fístulas urinarias: filtración de orina de la zona reparada. Que puede requerir nueva intervención.
- Infecciones urinarias recurrentes
- Reflujo vesico ureteral.
- En el caso en que sea necesario el uso de intestino, puede ocurrir filtración intestinal con peritonitis, lo que requiere nueva intervención de emergencia para su reparación. Pudiendo ser necesaria la confección de una ostomía transitoria (derivación de contenido intestinal hacia la piel)



- Trombosis venosa y tromboembolismo.

¿Existen alternativas de tratamiento?

En forma casi excepcional algunas las lesiones vesicales pueden ser manejadas en forma conservadora con sonda foley hasta su cicatrización. Esto puede considerarse sólo para lesiones muy pequeñas.

Lesiones parciales de uréter pueden manejarse con doble J permanente y lo que requiere recambios cada cierto tiempo en pabellón.

Puede tambien utilizarse Nefrostomia, un tubo de drenaje permanente que comunica directamente el riñón con la zona lumbar.

Se me ha explicado en que consiste mi problema y las posibles soluciones, he leído y comprendido este consentimiento. Consiento la realización de la exploración y reparación de la lesión

Entiendo que durante la exploración, pueden encontrarse hallazgos que hagan cambiar el plan quirúrgico y realizar otras intervenciones no contempladas inicialmente.

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).