

Endopielotomía

1.- IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La endopielotomía es una intervención para resolver la estenosis pieloureteral. La estenosis de la unión pieloureteral es una estrechez del conducto, que une la pelvis renal al uréter, parcial o total, a la salida del riñón, que impide la normal evacuación de orina.

Produce dolor, infección y pérdida progresiva de la función en la mayoría de los casos si no se corrige mediante cirugía.

Esta intervención se realiza habitualmente con anestesia general y es de moderada gravedad. Consiste en cortar la zona de estrechez para que adquiera mayor calibre y facilite el paso de la orina.

Puede realizarse de dos formas:

- Por vía percutánea, llegamos a la zona de estenosis a través de un pequeño orificio en la zona lumbar y de riñón.
- Por vía uretral, accedemos a la estenosis ascendiendo por el uréter.

En ambas técnicas utilizamos aparatos de endoscopia y/o RX para controlar y visualizar las maniobras. Durante unos días puede llevar un catéter de nefrostomía o sonda que sale del riñón a través de un orificio en la piel o también puede llevar un catéter interno durante 1 o 2 meses que favorece la cicatrización y disminuirá el riesgo de aparición de nueva estenosis. Se retirará posteriormente, mediante una simple maniobra endoscópica ambulante.

2.-OBJETIVO DE PROCEDIMIENTO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERANALCANZAR

Aumentar el calibre de la unión pieloureteral, resolviendo así el problema de la estrechez.

3.- ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PRODEDIMIENTO

Existen otras alternativas como la pieloplastia abierta o la nefrectomía.

4.- CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Las ya descritas en los apartados uno y dos

5.- CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En su situación actual, el facultativo considera la. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

6.- RIESGOS

De dicha intervención es posible pero no frecuente esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- Imposibilidad de realizar el cateterismo por causas diversas (estenosis uretral, hemorragia, etc.)
- Rotura de instrumentos, dado su fino calibre, y los siguientes problemas para su extracción.
- Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, de cuantía variable, que puede precisar transfusión e impedir proseguir la intervención.
- Perforación de pelvis, uréter o vejiga con extravasado del líquido de irrigación, urinoma, con sus posibles complicaciones (reabsorción, absceso, hematoma, etc.)
- Lesión vascular renal, cuyo tratamiento, en algunos casos, requiere la extirpación del riñón.
- Lesiones de órganos vecinos (vasos, intestino, bazo, pulmón), que pueden precisar transfusión y/o cirugía abierta urgente. Fibrosis reactivas y estenosis ureterales, a largo plazo.
- Estenosis uretral.
- Septicemia, inherente a todo acto endoscópico urológico.

De los riesgos anestésicos será informado por el Servicio de Anestesia.

7.- RIESGOS EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada....) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Don/Doña..... de años de edad, con domicilio en D.N.I.....

Don/Doña..... de años de edad, con domicilio en en calidad de representante legal, familiar o allegado del paciente.....
.....D.N.I.....

DECLARO

Que el Doctor/a..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de.....
.....

En..... a.....de.....de 2.....

Fdo.: Don/ Doña..... D.N.I.....

Fdo.: Dr./a..... D.N.I.....
Colegiado nº.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el Consentimiento prestado en fecha de.....de 2..... Y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En..... a.....de.....de 2.....

Fdo.: el médico
Colegiado nº.....

Fdo.: el/la paciente
D.N.I.....