

URETERONEOCISTOSTOMIA O REIMPLANTE VESICoureTERAL ABIERTO CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACION GENERAL

Esta operación se realiza en los casos de existir reflujo vesicoureteral de alto grado o severo, o cuando ha fallado la terapia endoscópica, bien sea uni o bilateral.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA URETERONEOCISTOSTOMIA O REIMPLANTE VESICoureTERAL ABIERTO

Consiste en la reconstitución de un trayecto ureteral submucoso suficiente, de una longitud al menos 4 a 5 veces el diámetro ureteral, con un buen apoyo para el uréter. Si el uréter está muy dilatado, debe ser remodelado (disminución de calibre) en su porción intramural, ya sea por una resección o una plicatura de sus paredes, lo que permite disminuir el calibre del uréter.

Existen varias técnicas quirúrgicas, siendo la más utilizada en nuestra institución, la técnica extravesical, donde se realiza el túnel ya descrito por fuera de la vejiga sin necesidad de incidirla (abrirla). Con esto hay menos riesgo de complicaciones tales como hematuria (sangrado en la orina), espasmos vesicales o estancia hospitalaria prolongada.

RIESGOS DE CORRECCION POR VIA ABIERTA

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...), y los específicos del procedimiento:

- Persistencia del reflujo
- Infección urinaria-Sepsis urinaria
- Obstrucción del uréter

- Hemorragia de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración, que puede impedir continuar la intervención.
- Lesión de grandes vasos, con gran riesgo vital.
- Lesiones de órganos vecinos.
- Problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica: infección en sus diferentes grados de gravedad; dehiscencia de sutura (apertura de la herida); eventración (a largo plazo); fístulas supurativas temporales o definitivas; defectos estéticos; intolerancia a los materiales de sutura; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad).

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente. De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Otras alternativas pueden ser la cirugía endoscópica, pero por la severidad de la patología tiene baja tasas de éxito, por lo que en su caso la mejor opción terapéutica es la cirugía abierta. Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable.

Declaración de consentimiento

El señor/ la señora de años de edad,
 con domicilio en y con identificación..... número.....
 El señor/ la señora de años de edad,
 con domicilio en y con identificación..... número.....
 en calidad de (representante legal, familiar oa llegado del paciente).....

Declaro:

Que el Doctor/a: Urólogo de la Unidad de Urología del me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación actual la realización dey que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

Firmado en la ciudad de Bogotá a los Días del mes de..... Del año 2...

Paciente..... CC:.....

Doctor CC:.....

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.

Ena.....de.....de 2.....

Firma el médico.....Registro médico.....

Firma el Paciente:..... CC: