

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LITIASIS RENAL Y/O URETERAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se pretende la extracción del cálculo o los cálculos del riñón y/o uréter a través de unos pequeños orificios por los que se introducen una pequeña cámara y los instrumentos de corte y coagulación, también se introduce gas en la cavidad para expandir el abdomen y se hace con anestesia general. Esta técnica conlleva un menor dolor en el postoperatorio, una disminución de las complicaciones relacionadas con la herida, menor tiempo de hospitalización y mejor recuperación de la actividad diaria.

La finalidad es eliminar los cálculos, mejorar los síntomas y evitar las posibles complicaciones.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

### RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- No poder extraer todos los cálculos, por lo que se tendrán que hacer otros tratamientos.
- Estrechez de la unión pieloureteral (unión del riñón y el uréter) por fibrosis.
- Atrofia del riñón con pérdida de parte o de toda su función.
- Fístulas que producen acumulación de orina en el espacio perirrenal.
- Infección del tracto urinario superior o del riñón (pielonefritis, abscesos del riñón, pionefrosis o perinefritis), con riesgo de sepsis (infección general).
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Complicaciones abdominales: lesiones de las vísceras cercanas (intestino, bazo, hígado, etc) que pueden dar lugar de forma excepcional a eventos graves como hemorragias importantes, peritonitis (inflamación por infección de la cavidad abdominal), infección generalizada, parálisis intestinal, obstrucción de los intestinos, lesiones de intestino por bisturí eléctrico.
- Complicaciones en los orificios de los trócares como son las infecciones, defecto estético, la separación de suturas o hernias de un asa del intestino.
- Hemorragias digestivas.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Riesgos de la cirugía laparoscópica:

Frecuentes:

- Enfisema (acúmulo debajo de la piel del gas usado en la técnica).
- Dolor en el hombro.

Menos frecuentes y graves:

- Lesiones vasculares.
- Lesiones de órganos cercanos.
- Derrame pleural.
- Embolia gaseosa (entrada de aire en el interior de los vasos).
- Neumotórax (entrada de aire al tórax fuera del pulmón).

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

### RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

### CONTRAINDICACIONES

No tiene.

### ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Cirugía abierta.
- Nefrolitotomía percutánea.
- Tratamiento con ondas de choque (fragmentación de los cálculos con ondas de choque y la salida de los fragmentos a través de la orina).
- Cirugía retrógrada intrarrenal (RIS).

### AUTORIZACIÓN PARA "CIRUGÍA DE LITIASIS RENAL Y/O URETERAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....  
FECHA DE NACIMIENTO.....  
CIP AUTONÓMICO.....  
Nº Htª CLÍNICA.....  
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

**Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:**

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: \_\_\_\_\_, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Fdo. Paciente: