

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LITIASIS RENAL MEDIANTE CIRUGÍA ABIERTA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se extraen los cálculos del riñón enfermo a través de una incisión en el abdomen o en el costado.

La finalidad es eliminar los cálculos del riñón, 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.
- Recidiva (reaparición) de los cálculos.
- Fibrosis de la unión pieloureteral (unión del riñón y el uréter).
- Atrofia del riñón (pérdida de parte o de toda su función).
- Infección del riñón (pielonefritis, abscesos del riñón, pionefrosis, perinefritis), con riesgo de sepsis (infección general).
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados.
- Hemorragia digestiva.
- 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.
- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Complicaciones de la herida quirúrgica:

- Infección con diferente gravedad.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestesis (aumento o descenso de la sensibilidad).

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:

- 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 MEDIANTE CIRUGÍA ABIERTA"

Yo, D./D^a _____, como representante legal en calidad de " tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le 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 padece, 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.

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

En _____, a _____

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



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

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/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 _____,

Firma del representante legal: