

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Mediante este procedimiento se extraen los cálculos renales con un aparato endoscopio, que se introduce en el riñón a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar. Se hace con anestesia general o regional.

A veces, para eliminar el cálculo por completo, debe repetirse la técnica, acompañarse de sesiones de litotricia extracorpórea por ondas de choque o recurrir a la cirugía abierta. En ocasiones, es posible que sea necesario recurrir a la cirugía abierta durante la realización de esta técnica.

El procedimiento frecuentemente termina con la colocación de una sonda en el riñón, que sale a través del orificio practicado en la zona lumbar. Se mantiene durante unos días. En muchas ocasiones se deja un catéter doble J (tubo que va desde el riñón a la vejiga por dentro del uréter), tras la intervención.

La finalidad es eliminar de forma total o parcial los cálculos del riñón enfermo o los situados en la parte alta del uréter. También se pretende que desaparezcan los síntomas y la prevención de las posibles complicaciones de los cálculos.

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:

Riesgos frecuentes:

- Perforación de la vía urinaria que puede requerir el uso de catéteres internos o externos para solucionarlo.

Riesgos menos frecuentes y más graves:

- Tromboembolismo (desplazamiento de un coágulo) venoso profundo o pulmonar cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.
- Fístula arteriovenosa renal.
- Fístulas urinarias cutáneas, que pueden durar varios días o semanas.
- 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.

Otros riesgos son:

- No conseguir la extracción de los cálculos.
- Infección del riñón.
- Lesiones de estructuras próximas al riñón: perforación de los intestinos, traumatismos de las vísceras y lesiones de la pleura y pulmón.
- Afectación de la función renal.
- Hemorragia digestiva.

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:

- Litotricia extracorpórea por ondas de choque.
- Pielotomía por laparoscopia.
- Cirugía abierta.

AUTORIZACIÓN PARA “NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA”

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.



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 _____

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

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: