

## 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 endoscópico, 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.<sup>a</sup> , 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.<sup>a</sup> , 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:

---

**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: