



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA LITIASIS RENAL

Nº Historia: .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,

Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a la LITIASIS RENAL.

- 1.- Mediante este procedimiento se pretende eliminar los cálculos del riñón enfermo, mejorar los síntomas y prevenir posibles complicaciones producidas por los cálculos. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
- 2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de anestesia y hematología.
- 3.- Mediante esta técnica, que es de cirugía abierta, se extraen los cálculos renales. En el caso de que los cálculos estén situados en la pelvis renal, se habla de pielolitomía, mientras que en el caso de cálculos ramificados que ocupan por completo el sistema colectivo intrarenal, hablaremos de nefrolitotomía, con abordaje transperineurmatoso.
- 4.- Comprendo que 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 otros específicos del procedimiento, como no conseguir la extracción de todos los cálculos, lo que haría precisos posteriores tratamientos complementarios, fundamentalmente litotricia extracorpórea, recidiva de los cálculos, desarrollo de estenosis de la unión pieloureteral por fibrosis, atrofia del parénquima renal, con pérdida parcial o total de su función, aparición de fístulas que producen colecciones de líquido en el espacio perirrenal, que precisarán su correspondiente tratamiento, infección del riñón (pielonefritis, abscesos renales, piodermitis, perinefritis) que pueden producir complicaciones infecciosas de tipo general (bacteriemia y septicemia), hemorragia incoercible tanto en el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica, infección en sus diferentes grados de gravedad, dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria, fístulas temporales o permanentes; defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizantes anormales; intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción; neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad); eventración intestinal (salida del paquete intestinal a través de la herida) que pueden necesitar una intervención secundaria; tromboembolismos venosos profundos o pulmonares, cuya gravedad depende de la intensidad del proceso; hemorragias digestivas que son infrecuentes, pero presentes aunque se tomen medidas profilácticas, y cuya gravedad depende de su intensidad.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.



- 5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....  
..... aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....

- 6.- El médico me ha explicado que las alternativas son la netrolitotomía percutánea y el tratamiento con ondas de choque, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice CIRUGÍA DE LA LITIASIS RENAL.

En ....., a .....

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)                      (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado