

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

1. **¿Qué es?:** Es un procedimiento por el cual se extraen cálculos del riñón introduciendo un nefroscopio y/o ureterorenoscopio (semirrígidos o flexibles) a través de un pequeño orificio en la piel de la zona lumbar.
2. **¿Cómo se realiza?:** Se accede al riñón mediante punción con aguja bajo control ecográfico y radiológico. Posteriormente se dilata el trayecto hasta poder introducir un nefroscopio. A través de él, se introduce el método de fragmentación elegido (Lithoclast o Láser) para reducir los cálculos a pequeños fragmentos que puedan ser extraídos con pinzas o cestilla. Para la revisión del resto de cavidades renales se usa un nefroscopio o ureterorenoscopio.

El procedimiento termina con la colocación de un catéter doble J o nefrostomía (en ocasiones los dos) y una sonda vesical. Previo a la exploración o en el momento de ella, se le podrá administrar un antibiótico para profilaxis de una posible infección y contraste yodado en la vía urinaria. Se realiza habitualmente en régimen de ingreso hospitalario y con anestesia general o regional.

3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** Dolor, náuseas y vómitos, sangrado leve o moderado por el catéter las primeras horas y fiebre postoperatoria.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** Sangrado profuso, fístula arterio-venosa o pseudoaneurisma, infección urinaria con generalización de la misma (sepsis), perforación de la vía urinaria, perforación de órganos o estructuras adyacentes (bazo, hígado, intestino o pleura), imposibilidad de acceso, no conseguir la extracción completa de cálculos o deterioro de la función renal.

4. **Consecuencias previsibles de su realización:** Resolución o reducción de la carga litiásica.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Pérdida de la función renal del lado afecto, crecimiento de la litiasis, infección urinaria (sepsis) y posible riesgo vital.
6. **Alternativas:** Cirugía abierta, o ureterorenoscopia (en casos muy seleccionados).
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como sintrom, apixabán...) o antiagregantes (como aspirina, adiro...) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de infección urinaria puede aumentar el riesgo de efectos indeseados.

Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales

UROLOGÍA
NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA
(CIRUGÍA ENDOSCÓPICA COMBINADA INTRARRENAL)

DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento No autorizo la realización de este procedimiento

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

_____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

_____ , _____ de _____ de _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: _____

Firma: _____