

### **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**1. ¿Qué es?:** Procedimiento mediante el cual se pretende la eliminación de los cálculos situados en el uréter, resolviendo así el problema de la obstrucción .

**2. ¿Cómo se realiza?:** Mediante la técnica quirúrgica de laparoscopia se extrae el cálculo ureteral a través de pequeños orificios por los cuales se introduce una pequeña cámara endoscópica, así como instrumentos de corte y coagulación, todo ello bajo anestesia general, provocando la insuflación abdominal mediante la introducción de gas en el abdomen. La intervención consiste en la localización del cálculo y posterior extracción éste, previa incisión en el uréter.

**3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**

- **Frecuentes (más del 10%):** Estenosis (estrechamiento) ureteral.
- **Infrecuentes (menos de 10%):** **Hemorragia** de cualquier zona del aparato urinario afectado en la exploración o de los grandes vasos o de los orificios de entrada, de cuantía variable, que puede impedir proseguir la intervención y requerir transfusión. **Lesiones de órganos vecinos** (intestino). **Fibrosis reactivas y reestenosis** a largo plazo. **Salida de orina** por la herida o el drenaje que puede requerir el uso de catéter interno o externo. Problemas y complicaciones derivadas de las heridas quirúrgicas realizadas con los trócares . **Enfisema subcutáneo** por paso del CO<sub>2</sub> al tejido celular subcutáneo. **Complicaciones abdominales** derivadas de la intervención laparoscópica (parálisis intestinal pasajera o persistente, obstrucción intestinal, lesión eléctrica de un asa de intestino delgado o del grueso que pueden manifestarse inmediata o tardíamente según la intensidad de la lesión que precise la práctica de intervenciones con resultados imprevisibles, peritonitis o infección de la cavidad intestinal). **Tromboembolismos venosos profundos o pulmonares y hemorragias digestivas** cuya gravedad depende de la intensidad del proceso.

**4. Consecuencias previsibles de su realización:** Resolver de forma completa la litiasis pero puede requerir tratamientos posteriores si quedara algún resto litásico (litotricia extracorpórea,...).

**5. Consecuencias previsibles de su no realización:** La posibilidad de pérdida de la unidad renal por obstrucción además de mayor riesgo de sepsis si se produce una infección urinaria.

**6. Alternativas:** La cirugía endoscópica, la litotricia extracorpórea por ondas de choque, la cirugía abierta y la nefrectomía.

**7. Riesgos en función de su situación:** La toma de anticoagulantes (como *Sintrom*, *Apixabán*) o antiagregantes (como *Aspirina* o *Adiro*) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Determinadas circunstancias como diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, infección urinaria o edad avanzada pueden aumentar la frecuencia y gravedad de las complicaciones quirúrgicas.

**Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**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	CATEGORIA 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: \_\_\_\_\_