


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Litiasis Renal	FL-CDM-114
		Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende eliminar los cálculos del riñón enfermo, mejorar los síntomas y prevenir posibles complicaciones producidas por los cálculos.

## EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE LITIASIS RENAL

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 pielolitectomía, mientras que en el caso de cálculos ramificados que ocupan por completo el sistema colectivo intrarenal, hablaremos de nefrolitotomía, con abordaje transparenquimatoso.

## RIESGO DE LA CIRUGIA DE LITIASIS RENAL

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, pionefrosis, 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.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

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.

## RIESGOS PERSONALIZADOS


---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La nefrolitotomía 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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; color: red;">Más que una Clínica</p>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>Litiasis Renal</b>	FL-CDM-114
		Rev. 03

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

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

**DECLARO :**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **CIRUGÍA DE LITIASIS RENAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA DE LITIASIS RENAL**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **CIRUGÍA DE LITIASIS RENAL**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCACION:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
 (Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_