

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## LITIASIS VESICAL



UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PUEDE ASEMEJARSE A UN VIAJE EN AUTOMÓVIL. TODOS LOS DÍAS SUBIMOS A UN VEHÍCULO SABRIENDO QUE NO HAY GARANTÍA COMPLETA DE QUE LLEGAREMOS A DESTINO. PERO LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTE ES LO SUFICIENTEMENTE BAJA PARA QUE NO PENSEMOS CONSTANTEMENTE EN ELLO. ASÍ PODEMOS DECIR QUE DURANTE LA CIRUGÍA PUEDE APARECER CUALQUIER COMPLICACIÓN INCLUSO NO DETALLADA POR EXTRAÑA QUE PAREZCA, AUNQUE ES MUY POCO PROBABLE QUE ESTO OCURRA.

DE ACUERDO AL ART. 2, INC.F) DE LA LEY 26.529 DE OCTUBRE/2009 **MANIFIESTO MI DESEO DE NO SER INFORMADO Y PRESTO MI CONSENTIMIENTO** PARA QUE SE LLEVE A CABO EL PROCEDIMIENTO DESCRITO EN ESTE DOCUMENTO

| Paciente | DNI | Firma | Fecha |
|----------|-----|-------|-------|
|          |     |       |       |

*La intervención requiere la administración de anestesia general y es posible que durante o después de la intervención se requiera la administración de sangre o hemoderivados, cuyos riesgos advertirán los servicios de Anestesia y Hematología oportunamente.*

|  |   |
|--|---|
| <b>IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCESO</b>                | Mediante este procedimiento se extraen los cálculos por cirugía abierta o por endoscopia (cistolitostomía o litotricia vesical endoscópica) dependiendo del tamaño del cálculo o los cálculos y de la causa etiológica, generalmente enfermedades que obstruyen el cuello vesical o la uretra. Al finalizar la operación se coloca una sonda vesical y/o drenaje hipogástrico que se retirará posteriormente.   |
| <b>OBJETIVO Y BENEFICIOS QUE SE ESPERAN</b>                    | Se pretende eliminar los cálculos vesicales, mejorar los síntomas y prevenir las complicaciones producidas por los cálculos o patologías asociadas.   |
| <b>ALTERNATIVAS RAZONABLES A DICHO PROCEDIMIENTO</b>           | La única alternativa, aunque excepcional, es el tratamiento con ondas de choque, aunque en su caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.  |
| <b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN</b>             | Mejorar los síntomas que dieron origen a la consulta primaria. Evitar las complicaciones que derivan de continuar con la litiasis vesical (tales como infecciones frecuentes, hematurias, etc). Retiro de sonda y drenaje colocadas durante la cirugía.   |
| <b>CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU RECHAZO</b>                 | Continuará con los síntomas pudiendo empeorar.  |
| <b>RIESGOS FRECUENTES</b>                                      | A pesar de la correcta indicación y la correcta realización de la técnica, pueden ocurrir efectos indeseables. <ul style="list-style-type: none"><li>- No conseguir la extracción de todos los cálculos, para los que serían necesarios tratamientos complementarios.</li><li>- Recidiva de los cálculos</li><li>- Desarrollo de estenosis del cuello vesical o de la uretra</li><li>- Infección de la herida o aparición de fístula urinaria</li><li>- Rotura de instrumentos quedando restos dentro de la vía urinaria que requerirán otras intervenciones para su extracción</li><li>- Hematuria de intensidad variable</li><li>- Tromboembolismo venoso profundo o pulmonar</li></ul> |
| <b>RIESGOS EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE</b> | Es necesario por parte del paciente, advertir de sus antecedentes de enfermedades, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia. Cualquiera de las complicaciones mencionadas son mas frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas.   |

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## LITIASIS VESICAL

FIRMAR LOS QUE CORRESPONDA

Yo..... DE..... AÑOS DE EDAD, DNI.....  
DECLARO QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO  
EN MI SITUACIÓN LA REALIZACIÓN DE **CIRUGÍA DE LITIASIS VESICAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA PACIENTE ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Sr/SRA..... DE ..... AÑOS DE EDAD, DNI .....

EN CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIA O ALLEGADO DE PACIENTE ..... DECLARO  
QUE EL/LA DR./DRA. .... ME HA EXPLICADO QUE ES CONVENIENTE Y NECESARIO LA REALIZACIÓN  
DE **CIRUGÍA DE LITIASIS VESICAL**

EN ....., A LOS DÍAS ..... DE ..... DEL .....

.....  
FIRMA APODERADO ..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PRESTADO EN FECHA ..... DE ..... DE .....

Y NO DESEO PROSEGUIR CON EL TRATAMIENTO QUE DOY POR FINALIZADO A PARTIR DE ESTA FECHA.

EN ....., A LOS ..... DÍAS, DEL MES DE ..... DE .....

.....  
PACIENTE / APODERADO ..... FIRMA Y SELLO MÉDICO