

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

Consiste en la fragmentación de los cálculos urinarios mediante el uso de ondas de choque (energía generada en un dispositivo llamado litotriptor). Los fragmentos del cálculo se eliminan de forma espontánea junto con la orina.

Esta técnica se realiza de forma ambulatoria, sin necesidad de anestesia general o locoregional (excepto niños), aunque hay casos en los que es preciso el uso de sedación analgésica para mitigar el dolor que pueda haber. Algunos pacientes pueden requerir más de una sesión según el tamaño y la dureza del cálculo y en otras ocasiones, puede ser necesaria la colocación previa de un catéter (tubo fino) interno o externo.

La finalidad es eliminar los cálculos urinarios o la reducción de la masa litiásica (tamaño del cálculo o piedra).

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den con seguridad.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Dolor tipo cólico de riñón cuando los fragmentos del cálculo descienden por el uréter, que puede requerir maniobras instrumentales complementarias (inserción de un catéter).
- Obstrucción urinaria a nivel del uréter, que puede necesitar otras intervenciones (ureterorrenoscopia).
- Náuseas y vómitos que pueden necesitar ingreso en el hospital.
- Sangrado por la orina (macrohematuria) que desaparece de forma progresiva.
- Hematoma renal o perirrenal.
- Dolor, enrojecimiento o hematoma en la zona por donde penetran las ondas de choque.
- Infección de orina.
- Hipertensión arterial de forma excepcional (en general después de muchas sesiones).
- Alteración de la función del riñón, incluso con pérdida de la misma.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

Los riesgos en caso de que haya que poner un catéter son:

- Dolor.
- Sangrado.
- Infección de orina.
- Infección generalizada.
- Rotura de uréter/es.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
 FECHA DE NACIMIENTO.....
 CIP AUTONÓMICO.....
 Nº Htª CLÍNICA.....
 NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

La mayoría de estos problemas, se resuelven con tratamiento médico. Aunque a veces hay que recurrir a la cirugía para resolverlos.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: *(señalar lo que proceda)*

No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión

Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante

..... puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Embarazo.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Tratamiento médico.
- Cirugía abierta o percutánea.

AUTORIZACIÓN PARA "LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Urología

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____,

Fdo. Paciente: