

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
LITOTRICIA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque** es un procedimiento que permite eliminar o disminuir el tamaño de los cálculos y el dolor que ellos producen.

**Esta técnica consiste** en la fragmentación de cálculos urinarios mediante ondas de choque (energía generada en el litotriptor). Tras su aplicación el objetivo es lograr que estos fragmentos sean eliminados de forma espontánea por la orina. Esta técnica permite el tratamiento de cálculos renales o ureterales en forma menos invasiva. Su efectividad no ocurre en todos los casos tratados, encontrando sus posibilidades de éxito asociados a factores como el tamaño del cálculo, su dureza y la textura del paciente.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anesestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Este procedimiento puede realizarse de forma ambulatoria.

Algunos pacientes pueden requerir más de una sesión de tratamiento dependiendo fundamentalmente del tamaño y la dureza del cálculo y, asimismo, en otras ocasiones, puede ser precisa la previa colocación de un catéter (interno o externo). Es imprescindible la ausencia de embarazo en mujeres de edad fértil por el riesgo de irradiación para el feto. Asimismo, los pacientes que tomen medicamentos que puedan alterar la coagulación deben avisar previamente, porque habitualmente es necesario suspenderlos previamente.

En condiciones normales, es posible que durante el período postoperatorio se presente dolor y sangrado leve por la orina lo cual será objeto de observación y tratamiento.

Se puede presentar enrojecimiento y hematoma (moretones) de la zona de la piel donde se apoya la máquina para producir las ondas de choque.

Puede presentarse dolor cólico de intensidad variable al eliminar los restos de los fragmentos del cálculo y en algunos casos quedará con la sensación de querer orinar por al menos 24 horas después del procedimiento.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- No lograr la fragmentación de él o los cálculos tratados y requerir una nueva cirugía programada o de urgencia.
- Cólicos renales por obstrucción del uréter por fragmentos de cálculos, pudiendo requerir terapia médica o quirúrgica.
- Infección urinaria de severidad variable, incluido riesgo de sepsis y riesgo vital.
- Hematomas de pared abdominal
- Sangrado y hematomas de órganos vecinos.
- Hematuria (sangrado por la orina de intensidad variable)
- Hematomas y trauma renal, habitualmente se manejan en forma conservadora, pero pueden requerir intervenciones de urgencia y excepcionalmente requerir la extirpación del riñón.
- Reacciones alérgicas a la medicación intravenosa, que pueden llegar a producir shock anafiláctico.
- Náuseas y vómitos que pueden precisar ingreso hospitalario.
- Desarrollo de Hipertensión arterial, alteración de la función renal, con disminución e incluso pérdida de la misma.
- Ocasionalmente se podría requerir de la instalación de una sonda para retirar la orina desde la vejiga (sonda Foley).
- En caso de precisar un catéter (doble J o similar) para impedir la obstrucción del riñón, éste suele ser bien tolerado, aunque produzca, a veces molestias por dolor, sangrado, infección urinaria y, rara vez infección generalizada, ruptura ureteral u otras de más difícil predicción.
- En caso de producirse obstrucción persistente de la unidad renal puede ser necesaria la realización de ureterorenoscopia, con el riesgo de las complicaciones propias de la misma.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En caso de no realizarse este procedimiento los cálculos permanecerán en la vía urinaria y podrían presentarse complicaciones como infecciones de la vía urinaria, obstrucción a la salida de la orina desde el riñón que pueden llevar incluso a perder la función del riñón.

Otras alternativas son la terapia médica y la cirugía endoscópica, abierta o percutánea.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente (marque con una X):

**Lado derecho**

**Lado izquierdo**

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Litotricia** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA LITOTRICIA,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)