

Espacio reservado par a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

### **EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE**

Este procedimiento consiste en la fragmentación o rotura de cálculos urinarios mediante ondas de choque (energía generada en el litotriptor). Sirve para eliminar los cálculos urinarios o disminuir su tamaño.

### **CÓMO SE REALIZA**

Esta técnica consiste en la fragmentación o rotura de cálculos urinarios mediante ondas de choque (energía generada en el litotriptor). Para ello, el paciente se coloca sobre una camilla especial en la que se localiza el cálculo mediante rayos x y/o ecografía y se aplica a la piel un instrumento a través del cual se emiten las ondas.

Este procedimiento puede realizarse de forma ambulatoria, sin necesidad de anestesia (excepto niños) por su buena tolerancia, aunque en algunos casos es preciso el uso de sedantes y calmantes o anestesia general para mitigar el dolor que pueda existir.

Pueden ser necesarias más de una sesión de tratamiento dependiendo fundamentalmente del tamaño y la dureza del cálculo y en ocasiones, puede ser precisa la previa colocación de un catéter (interno o externo).

Los fragmentos del cálculo son eliminados de forma espontánea, junto con la orina. Esta técnica constituye actualmente el método ideal para el tratamiento de la mayoría de los cálculos debido a su facilidad de aplicación, menor invasividad y número de complicaciones, con respecto a otras alternativas.

### **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ**

Durante el procedimiento notará en la zona donde se aplican las ondas de choque sensación de pequeños golpes, en ocasiones ligeramente dolorosos. Además, esta zona puede quedar algo enrojecida y a veces con una pequeña herida.

Tras el tratamiento es frecuente la aparición de sangrado en la orina que desaparecerá en unos días.

Es frecuente la aparición de cólico nefrítico, debido a la expulsión de los fragmentos del cálculo por el uréter y la vejiga.

### **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

Pretende curar o paliar la patología que usted sufre, eliminando o fragmentando los cálculos renales.

### **OTRAS ALTERNATIVAS**

La cirugía abierta y el abordaje endoscópico son otras alternativas, pero consideramos que el tratamiento por ondas de choque es la mejor opción en su caso.

En su caso: \_\_\_\_\_

### **QUÉ RIESGOS TIENE**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

#### ➤ **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Enrojecimiento y erosión en la piel en la zona de aplicación de las ondas de choque.
- Cólico nefrítico como consecuencia de la obstrucción de la vía urinaria por fragmentos del cálculo. La obstrucción urinaria ureteral por fragmentos puede requerir maniobras instrumentales complementarias.
- Para impedir la obstrucción del riñón puede ser necesario el uso de un catéter (doble J o similar). Su uso suele ser bien tolerado, aunque pueden aparecer molestias por dolor, sangrado, infección urinaria o lesión ureteral.

#### ➤ **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.

- Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.
- Hemorragia tanto durante la aplicación del procedimiento como posteriormente, cuyas consecuencias y gravedad pueden ser muy diversas dependiendo de su intensidad oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de riesgo para su vida pudiendo precisar la utilización de sangre y hemoderivados.
- Infección urinaria, sepsis e infección generalizada, que puede resultar grave, incluyendo riesgo para su vida.
- Alteración de la función renal.

d

- Si se produce obstrucción persistente de la unidad renal por los fragmentos del cálculo puede ser necesario la realización de ureterorenoscopia, con el riesgo de las complicaciones propias de la misma.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero, como se ha referido, algunas de ellas pueden requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo para su vida.

➤ LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD: \_\_\_\_\_

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA**  
Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.  
Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.

**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE.**

Firma médico e interesado/s en todas las páginas

# Consentimiento

## Informado *Litotricia extracorpórea por ondas de choque*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

### Denegación o Revocación

*D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> Dr. / Dra. Nº Colegiado  Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.

Firma médico e interesado/s en todas las páginas