



## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Es una técnica que consiste en la fragmentación de cálculos urinarios mediante la aplicación de ondas de choque extracorpóreas (energía generada por un litotriptor). Los fragmentos del cálculo son eliminados de forma espontánea, junto con la orina. Esta técnica constituye actualmente uno de los métodos ideales para el tratamiento de la mayoría de los cálculos debido a su facilidad de aplicación, poco invasivos y número de complicaciones.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** Este procedimiento se realiza de forma ambulatoria, sin necesidad de anestesia general o regional (excepto en niños) por su buena tolerancia, con el uso de sedo-analgésia para mitigar el dolor que pueda existir. Puede requerir más de una sesión de tratamiento dependiendo fundamentalmente del tamaño y la dureza del cálculo y puede ser necesaria la colocación previa de un catéter (interno o externo). En ocasiones es necesaria la administración de contraste yodado durante el tratamiento para localizar el cálculo y antibiótico intravenoso.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Riesgos más frecuentes (>10%):** sangrado autolimitado por la orina (hematuria), infección urinaria de grado leve o moderado, dolor y hematoma de la piel en la zona de aplicación de las ondas de choque, hipertensión arterial durante la aplicación del tratamiento, cólico nefrítico por los fragmentos en proceso de expulsión generados durante el tratamiento y crecimiento de posibles fragmentos residuales.
  - **Riesgos menos frecuentes (<10%):** reacciones alérgicas a la medicación intravenosa (que pueden llegar a producir un shock anafiláctico), arritmia cardíaca durante el tratamiento, hematoma renal clínico o subclínico que pueden precisar ingreso hospitalario, infección urinaria en grado severo (incluyendo la infección generalizada o sepsis), perforación intestinal y hematoma hepático o esplénico.
- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** La eliminación o disminución de los cálculos urinarios.
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por la que consultó y el crecimiento del cálculo. Las posibles complicaciones que un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo pérdida del riñón y el riesgo vital.
- 6. Alternativas:** Terapia médica expulsiva, la realización por medio de endoscopia y la cirugía abierta o percutánea.
- 7. Riesgos en función de la situación del/la paciente:** Está contraindicada en el embarazo por el riesgo de irradiación del feto. Así mismo, los/las pacientes que tomen antiagregantes (*aspirina* u otros) o anticoagulantes (*sintram...*) u otros fármacos que actúen sobre la coagulación de la sangre, deben avisarlo previamente porque es necesario suspender o cambiar el tratamiento unos días antes. Es necesario que nos informe si es portador/a de marcapasos o desfibrilador así como cualquier otro dispositivo que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Determinadas enfermedades como la diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión y anemia, así como la edad avanzada pueden aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico en general es mayor.

**Es absolutamente necesario que nos informe de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.**

**DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO**

**DATOS PACIENTE**

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP	DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO		

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

**DATOS PROFESIONAL**

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORIA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN**

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

NO AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS**

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_